

ESSAI
sur les
Troubles psychiques
au cours de la
Tuberculose Pulmonaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert BRUNERIE

Interne des Asiles du Rhône

Né le 11 Février 1901, à FONTAINES-lès-CHALON (Saône-et-Loire)

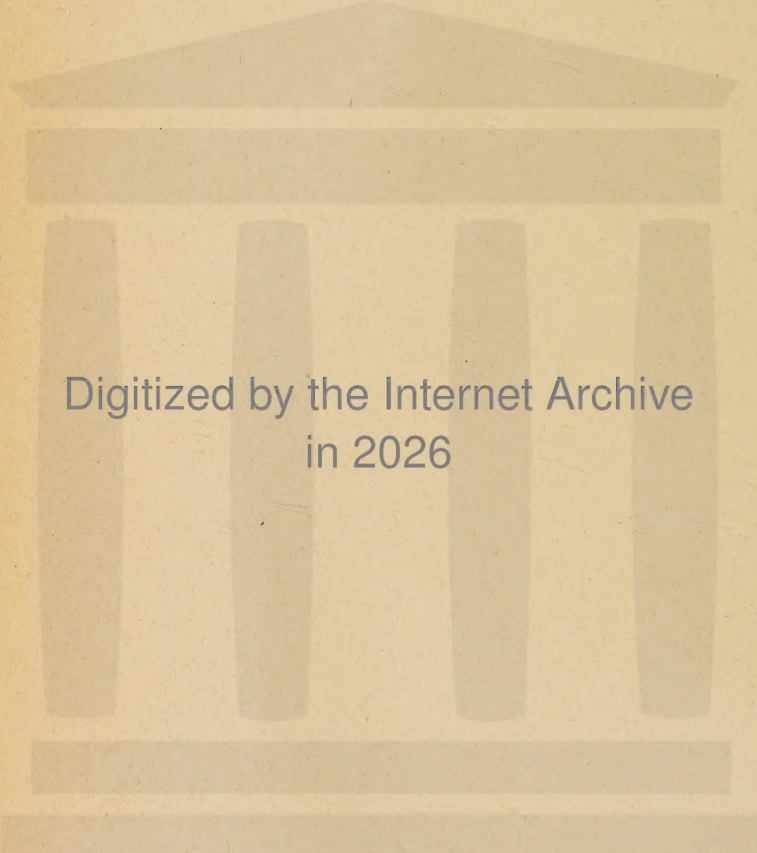


LYON

LES ÉDITIONS DU FLEUVE

42, Quai Gailleton, 42

1927



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ESSAI SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES
AU COURS DE LA TUBERCULOSE
PULMONAIRE

ESSAI
sur les
Troubles psychiques
au cours de la
Tuberculose Pulmonaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert BRUNERIE

Interne des Asiles du Rhône

Né le 11 Février 1901, à FONTAINES-lès-CHALON (Saône-et-Loire)



LYON

LES ÉDITIONS DU FLEUVE

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	X.
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie Interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE-MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	SAVY
Pharmacie	EULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. LEPINE, président; COURMONT, assesseur

FROMENT et CORDIER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MON PÈRE, A MA MÈRE

*à qui je dois le meilleur
de ce qui est en moi.*

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SOEUR

MEIS ET ALIQUERQUE AMICIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LÉPINE,

*Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon,
Professeur de Clinique des Maladies Mentales
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,*

Vous m'avez accueilli, mon cher Maître, avec tant de bonté et de sollicitude, vous m'avez donné tant de preuves de bienveillante estime, que, si j'en éprouve quelque fierté, je me vois plus confus encore à vous dédier ce modeste travail. Quelle qu'en soit la valeur, je vous prie de ne le considérer que comme une bien faible part de la gratitude de votre élève, et que comme une marque de ses sentiments affectueux.

ESSAI SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES AU COURS DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Il n'est pas de retour sur le passé qui n'amène avec lui ses regrets, et ce, n'est pas sans mélancolie que je me reporte aujourd'hui à quelques années en arrière, à ces années d'étude où tour à tour enthousiasme et scepticisme, bons et moins bons moments, ont partagé mes jours.

Pourtant, si les regrets s'avivent, ils se tempèrent de la douceur et du plaisir qui m'échoient à remercier ici ceux de mes Maîtres à qui je dois les bonnes heures de ma vie d'étudiant, les heures de travail, passées sous leur direction au lit du malade. Peu d'autres instants peuvent être comparés, en intensité et en émotions profondes et durables, à ceux-là. Voilà ce dont je suis redevable à mes Maîtres.

M. le professeur TEISSIER (in Memoriam), dont je suis fier d'avoir été parmi les derniers élèves ; M. le professeur TIXIER, dont je n'ai pu épuiser l'indulgente bonté au cours de deux semestres de chirurgie. M. le professeur ROLLET, à la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur NOVÉ-JOSSERAND, chirurgien de la Charité, M. le docteur VIGNARD, chirurgien de l'hôpital

Debrousse, dont je fus l'externe, et qui m'ont chaque jour donné des preuves de leur bienveillance coutumière. M. le professeur COURMONT, qui n'a cessé de me témoigner ses marques d'estime. C'est pendant un semestre d'externat dans son service de l'Hôtel-Dieu que j'ai commencé à m'intéresser à la tuberculose et à désirer continuer dans cette voie. L'honneur qu'il me fait à vouloir bien juger ma thèse me donne une occasion de plus de lui exprimer ma vive gratitude. M. le professeur ROQUE, à l'Hôtel-Dieu, M. le docteur PÉHU, médecin de l'hôpital Debrousse, m'ont eux aussi accueilli avec bonté dans leurs services. Qu'ils trouvent ici tous mes remerciements.

M. le professeur agrégé FROMENT, médecin de l'Hôtel-Dieu, à qui je suis heureux de dire ici ma respectueuse admiration, a bien voulu être parmi mes juges, ainsi que M. le professeur agrégé CORDIER, médecin des Hôpitaux, qui m'a très aimablement procuré des éléments de ce travail. Ils ont droit à toute ma reconnaissance.

M. le professeur agrégé LÉON THÉVENOT m'a, dès le début de mes études, guidé de ses affectueux conseils, et montré une particulière bienveillance dont je suis heureux de le remercier.

M. le docteur DUBALLEN, médecin-chef du Sanatorium de La Guiche, dont j'ai été l'interne. C'est pour moi une bonne fortune que d'avoir pu le connaître, et d'avoir pu ainsi apprécier sa haute autorité et son grand cœur. Je lui demande de partager mes sentiments affectueux avec son assistant, mon ami le docteur PIERRE FAVIER.

M. le docteur DODERO, médecin en chef de l'Asile de Bron, dont je fus l'interne, m'en a rendu le séjour plus

particulièrement agréable grâce à sa grande indulgence.

Je ne saurais oublier M. le docteur DEVIC, médecin des Hôpitaux ; et M. le docteur MILHAUD, chef de laboratoire à la Faculté, qui, au début de ma médecine, m'en a su rendre l'abord plus facile et moins abstrait. Et ceux qui, au cours de l'élaboration de ce travail, m'ont guidé et conseillé ; mes amis les docteurs BOURRAT et LÉONET, chefs de Clinique Psychiatrique à la Faculté, et LARRIVÉ, interne des Asiles.

Enfin je ne pourrais traduire les sentiments qui m'assaillent à écrire ici deux noms, chers parmi ceux qui me sont les plus chers. Mon ami GEORGES BINET, externe des hôpitaux de Dijon, disparu prématurément alors que ses premiers succès étaient un sûr garant de son avenir, et à qui m'attachaient tant de rêves d'adolescence, tant de communes pensées.

Lorsque j'étais jeune lycéen, après avoir été pour moi le bon médecin, le docteur RÉMY m'avait fait le don précieux de sa très haute amitié. Je reverrai, chaque jour de ma carrière, le vénérable savant, l'étonnant cabinet de celui qui fut mon premier maître, sa rudesse voulue, son originalité puissante, qui cachaient une infinie délicatesse et une exquise sensibilité. C'est en humble hommage que je reporte à sa mémoire le mérite de ce que je suis aujourd'hui, puisque son exemple m'a donné la vocation.

Introduction

Hérédité, alcool et syphilis, ce sont là sans aucun doute les trois facteurs étiologiques importants des troubles mentaux. Mais d'autres facteurs interviennent dans la production de ces troubles, et c'est dire une vérité peut-être encore trop méconnue, que de prétendre que l'incursion chaque jour plus considérable de la médecine générale dans le domaine des maladies du système nerveux central est à la base même des progrès réalisés et à réaliser en Psychiatrie.

En particulier, les intoxications et les infections, depuis les vues initiatrices du professeur Pierret, prennent de plus en plus une place primordiale dans l'explication de la production de ces troubles. Nul doute par conséquent que l'infection bacillaire ne joue son rôle, et l'importance étiologique de la tuberculose dans la production des psychoses est connue depuis longtemps. On trouve déjà, sous la signature de Richard Mead, un article sur ce sujet dans le *Médical Works* de 1767. Tous les classiques de la psychiatrie ont signalé la « folie tuberculeuse » depuis Esquirol, et on trouve dans le livre de Voisin une remarquable leçon sur la question.

Il nous a semblé qu'il n'était pas inutile d'y revenir. En effet, depuis la remarquable étude qu'a fait des troubles psychiques dans leurs relations avec la tuberculose Morselli (de Gênes) (1) en 1903, et les fort importants travaux auxquels notre maître, M. le professeur Lépine, a consacré sa communication au Congrès de Budapest en 1909, il nous paraît qu'il n'a été publié que des observations détachées, mais les travaux d'ensemble sont assez restreints. Nous avons donc eu l'idée de consacrer ce travail à une revue d'ensemble de la question, en essayant d'apporter, avec quelques observations personnelles, une pierre de plus à un édifice par ailleurs solide.

Nous avons l'intention d'envisager dans ce travail les troubles psychiques survenant *au cours* de la tuberculose pulmonaire, et reconnaissant, comme cause, l'infection bacillaire. Nous essaierons de montrer qu'il n'y a pas, plus souvent peut-être qu'on ne le croit, qu'un simple rapport de coïncidence entre l'apparition de troubles mentaux et l'évolution plus ou moins marquée d'une tuberculose, mais bien des rapports de causalité. Nous essaierons surtout de montrer que, en dehors des tuberculoses déjà avancées, qui ne se passent guère sans qu'interviennent des troubles psychiques plus ou moins marqués, mais qu'en raison de l'élévation fébrile on pourrait nous reprocher de mettre avec trop de facilité sur le compte du bacille de Koch, en dehors de ces tuberculoses déjà avancées, on peut voir des tuberculoses *latentes*, ayant donné très peu et même pas de signes

(1) A. MORSELLI. — *La tubercolosi nella etiologica delle malattie nervose e mentali*, Gênes, 1907.

antérieurement, s'accompagner de troubles du côté des fonctions de l'intelligence ; et nous essaierons d'envisager les cas, qui nous paraissent pratiquement être les plus intéressants, où les signes mentaux semblent absolument *sine causa*, jusqu'au jour où une auscultation, trop souvent fortuite, mais que nous voudrions voir systématique, révèle une tuberculose latente, c'est-à-dire éminemment curable.

Un fait nous a frappé au cours de l'élaboration de ce travail, c'est que beaucoup de phtisiologues, ayant une très grosse pratique des tuberculeux, n'ont pas vu, ou très rarement, de troubles mentaux, plus ou moins bien caractérisés, au cours de leur carrière. Cependant à l'Asile nous en avons recueilli des cas très nets ; mais nous devons dire que, pendant près de deux ans de pratique des maladies pulmonaires, dont une année dans un service hospitalier spécialisé et dans un sanatorium, nous n'avons le souvenir que d'une seule confusion mentale vraiment nette, ayant précédé la mort d'un malade d'une quinzaine de jours. Ceci tient à ce que, dans la plupart des cas, ce sont les phénomènes psychiques qui dominent la scène, et que par conséquent ce sont les psychiatres qui voient en premier lieu de tels malades. Une auscultation systématique, toutes les fois que la chose est possible (et certes elle ne l'est pas toujours ; tout au moins ne peut-elle être pratiquée chez tous les aliénés avec la même rigueur que chez les autres malades) s'impose donc chaque fois qu'une psychose de cause indéterminée se présente, et elle montrera assez fréquemment des lésions bacillaires discrètes.

Un second ordre de faits nous a frappé aussi, dès les

premiers jours de notre séjour à l'Asile, c'est le nombre considérable des antécédents tuberculeux chez les aliénés. Nous n'insisterons pas ici sur la propension très marquée qu'ont les malades des Asiles à faire de la tuberculose. C'est là une autre question, dont les causes, encore qu'intéressantes, sont plus ressortissantes à l'hygiène et à la médecine sociale qu'à l'observation clinique qui nous occupe pour le présent. Mais nous voulons insister sur les stigmates et les antécédents tuberculeux qu'on rencontre en fort grand nombre parmi les malades. Il nous a été donné de faire surtout cette remarque lorsque nous avons pu joindre les familles de nos internés : il ne se passait pas un seul jour sans que nous découvrions dans le passé de la mère, ou du père, des frères ou sœurs du malade, des stigmates de scrofule, des adénites anciennes, une tumeur blanche, un mal de Pott, des disparitions prématurées par phtisie pulmonaire. Ceci nous semble avoir son importance quant à la question du terrain, de la diathèse commune qui semble bien exister très fréquemment entre troubles psychiques et déchéances physiques.

Nous consacrerons donc tout un chapitre aux observations, assez rares en somme, que nous avons pu colliger ; un autre chapitre à la discussion de ces observations et à leur interprétation ; — un chapitre au pronostic et au traitement. — Enfin une partie entière à un essai de pathogénie où nous retrouverons les données d'une diathèse commune possible.

Mais il nous a semblé indispensable, au début d'un travail comme celui-ci, d'envisager la grande et très importante question des troubles psychiques élémen-

taires, la psychologie du tuberculeux pulmonaire. Toute une première partie, que nous avons voulue aussi courte que possible, est consacrée à cette psychologie, dont la connaissance a, non seulement dans la pratique du spécialiste, mais encore dans la pratique du médecin praticien, un intérêt primordial, étant donné qu'une grosse part de ses malades sont des tuberculeux. Dans l'état actuel de nos connaissances en phthisiologie, et surtout, hélas ! de nos connaissances thérapeutiques, la part qui revient au moral, et au rôle de l'influence morale du médecin sur son malade, est tellement considérable que ce rôle nous apparaît avoir une importance capitale. Tant de beaux travaux ont d'ailleurs été écrits sur ce sujet, que nous ne ferons, dans la partie consacrée à cette étude purement psychologique et littéraire, que donner une idée générale de ce qui semble aujourd'hui adopté par la plupart des auteurs :

Ainsi nous aurons réalisé un travail qui, peut-être, ne sera pas inutile. Au moins nous voulons l'espérer. L'étude des modifications du moral chez nos malades ne doit pas être, ainsi que le dit Laignel-Lavastine, entreprise par souci littéraire ou dilettantisme, mais « par obligation d'être le thérapeute qui, selon le mot d'Alexandre Dumas fils, guérit parfois, soulage souvent, console toujours, et qui, alliant la gravité sans prétention à la sollicitude qui devine les lésions, a le talent d'être à la fois, comme Marc-Aurèle, le plus impassible et le plus affectueux des hommes ».

Aussi bien n'avons-nous pas eu d'autre but.

PREMIÈRE PARTIE

*Les troubles psychiques élémentaires :
La psychologie des tuberculeux.*

PREMIÈRE PARTIE

Les troubles psychiques élémentaires

Il n'est que de parcourir la liste imposante des ouvrages et des publications, tant médicales que littéraires, qui ont pour sujet la psychologie des tuberculeux, pour se rendre compte, étant donnés surtout les noms de ceux qui se sont occupés de la question, qu'il y a peu à ajouter aujourd'hui à ce bagage. Depuis fort longtemps en effet les cliniciens ont été frappés des changements psychiques qui surviennent communément au cours de l'infection bacillaire. Les littérateurs se sont montrés très portés à étudier la même question sur un plan différent. Rappelons-nous que le Romantisme a fait la plus grande place au phtisique ? Le poète mourant de « consommation » sur un lit d'hôpital, le malheureux Gilbert écrivant son émouvant *Adieu à la Vie*, Millevoye pleurant, d'une manière d'ailleurs assez terne, la tristesse des feuilles mortes, Elvire et son amant célèbre, la *Dame aux Camélias*, tout cela donna à la littérature d'une partie du

xix^e siècle une tendance très marquée. Mais il faut croire que le sujet n'était pas épuisé et qu'il était bien humain d'y revenir (car en littérature il y a des sujets de tous les temps) puisque la vie nouvelle des tuberculeux, à la fin du même xix^e siècle et au début de celui-ci, nous a valu une série d'études surtout paramédicales. Depuis la publication des *Embrasés* en 1902 par un littérateur qui est en même temps un médecin, on vit l'éclosion de fort nombreuses et fort vives discussions (1). Puis ce fut le *Roman du Malade*, de Louis de Robert, et enfin, pour ne parler que des événements les plus importants de ces derniers temps, la publication rétrospective du *Journal* de Marie Bastkirsteff, et l'apparition, ces derniers mois, des *Captifs*, de Kessel, que publia, avant la *Nouvelle Revue Française*, la *Revue des Deux-Mondes* au début de 1926. Nous devons d'ailleurs dire ici notre déception, tant littéraire que médicale, à la lecture de ce dernier ouvrage.

Concuremment, de nombreux et importants travaux, purement médicaux, ceux-là, étaient entrepris plus rationnellement, pour essayer de débrouiller, dans le flot des observations courantes, ce qui revenait, dans certains états psychiques coïncidant avec une atteinte de la terrible maladie, au bacille de Koch ou à ses toxines. Ces travaux ont été si poussés, et si remarquablement, qu'il n'y a plus guère, croyons-nous, à dire à ce sujet, sauf peut-être en ce qui concerne la pathogénie et l'anatomie pathologique. Mais il semble bien, comme nous essaierons de le montrer plus loin, que, pour la première, on

(1- Consulter le *Chronique Médicale*, *passim*, à partir de 1902.

en soit réduit à des hypothèses où toute fantaisie est permise ; que pour la seconde nos moyens d'investigation, microscope ou autre, sont encore trop rudimentaires pour pénétrer les arcanes de lésions qui certes doivent exister, mais qui sont peut-être si ténues, ou qui tiennent peut-être à un trouble si peu marqué des milieux protoplasmiques, que nous n'y voyons rien encore. Les chercheurs qui, dans quelques centaines d'années, seront vraisemblablement munis de moyens d'investigation infiniment supérieurs aux pauvres moyens que nous possédons actuellement (n'en déplaise aux admirateurs béat d'un progrès qui souvent piétine) souriront de voir ce qui nous a échappé, comme nous sourions à présent des descriptions pour le moins fantaisistes des médecins du xvi^e ou du xvii^e siècle. Mais ceci est une digression, utile pourtant pour nous mettre à l'abri d'un définitif qui, la plupart du temps, surtout dans les sciences médicales, ne peut être que provisoire.

Signalons, parmi les travaux les plus importants à l'égard de la psychologie du phtisique : « L'essai sur la psychologie du tuberculeux » (thèse de Béraud, Lyon, 1902) ; les études diverses de Daremberg entre 1898 et 1900 (1), et surtout les remarquables articles de Laignel-Lavastine (*in Revue de Médecine*), datant de 1907, et de Letulle : « Essai sur la psychologie du phtisique » (*Archives générales de Médecine*, II, p. 257 et suiv.). Enfin tout un chapitre consacré à cette étude dans Mor-

(1) DAREMBERG. — « L'esprit des tuberculeux », *Journal des Débats*, 31 août 1899.

« Le cœur des tuberculeux », *Journal des Débats*, 7 septembre 1899.

selli (*loc. cit.*). Plus près de nous, une nouvelle étude de Laignel-Lavastine dans *Clinique et Laboratoire* en 1922, une très intéressante thèse de Chevrolet : « Essai sur la psychologie du tuberculeux pulmonaire », Paris, 1918. Puis, sur des points de détail de cette psychologie générale, en particulier à la suite de la publication des *Embrasés* dont nous parlions plus haut, et des controverses de la *Chronique Médicale*, deux thèses essentiellement contradictoires, l'une de Landret (1), répondant par l'affirmative à la question de savoir si l'excitation génitale signalée de tout temps par les phtisiologues était due à une imprégnation bacillaire de certains centres ; l'autre de Baril (2) concluant, sur la même question, non seulement par la négative, mais affirmant que les troubles d'excitation sexuelle sont infiniment rares chez les tuberculeux. Naturellement les arguments invoqués par l'un comme par l'autre de ces auteurs sont particulièrement séduisants. Nous y reviendrons dans quelques instants.

Nous n'entrerons donc pas dans de grands détails. Il importe pourtant, croyons-nous, de retenir de ces travaux quelques idées générales, et nous avons pensé qu'il n'était pas inutile, au début d'un travail sur les troubles psychiques liés à la tuberculose pulmonaire, de résumer les opinions qui semblent découler du plus grand nombre des observations. Car si les auteurs n'ont pas toujours été d'accord quant à l'explication des manifestations psychologiques chez ces malades, la plupart pourtant s'accordent quant à cette psychologie elle-même. Ayan̄

(1) LANDRET. — « L'excitation génitale chez les tuberculeux », Thèse, Lyon, 1904.

(2) BARIL. — Thèse, Bordeaux, 1907.

par ailleurs vécu personnellement pendant plus d'un an en contact avec des tuberculeux, au sanatorium comme à l'hôpital dans un service spécialisé, nous avons pu faire quelques remarques qui ne manqueront peut-être pas d'intérêt.

C'est donc, en quelque sorte, mieux qu'un résumé, une vue d'ensemble, que nous avons l'intention d'écrire ici. Et nous simplifierons les choses en étudiant successivement la *vie intellectuelle* et la *vie affective* des malades. Nous ne diviserons pas, comme on l'a fait trop souvent, cette étude selon les milieux, selon les manières de se soigner. Car il importe avant tout de chercher ce qui est dû à la tuberculose, et, dans une telle division, interviendraient nécessairement d'autres facteurs. Nous montrerons pourtant, dans le cours de notre exposé sur les troubles de l'intellectualité et sur les troubles de l'affectivité, comment interviennent le milieu, les conditions de vie, etc.

Il est difficile, dans une étude de ce genre, d'exposer de pareils faits d'une manière didactique. Il nous eut fallu, pour cela, envisager les troubles de l'imagination, de la mémoire, du jugement, d'une part, et d'autre part, les troubles des sentiments, des états d'âmes, et l'on conçoit combien un tel procédé eut paru artificiel. Car la vie intellectuelle, chez de tels malades, est inséparable de la vie affective ; chacun des éléments se mêle à d'autres, les chevauche, prédomine ou s'atténue à un moment donné de l'affection, sans qu'il soit toujours possible de faire la part qui revient à l'un d'eux. En somme, il ne nous apparaît pas possible de dire, comme certains l'ont prétendu, que l'intellectualité est troublée au début, l'affectivité

troublée seulement lorsque la maladie a évolué. En réalité, chez les malades qui présentent des changements de caractère et d'intellectualité, les deux ordres de phénomènes se mêlent assez intimément. Pourtant, les troubles affectifs prennent souvent la dominante à une période évoluée de l'affection.

Letulle (*loc. cit.*) insiste sur le fait que des documents trop peu nombreux n'ont pu encore définitivement fixer le bilan de nos connaissances à cet égard. Nous serions tenté de penser que ce n'est ni la faute des médecins, ni surtout celle des littérateurs, qui se sont montrés quelquefois véritablement prolixes sur ce sujet.

Les tuberculeux, se demande Letulle, ont-ils des modifications apparentes de leur cérébralité ? et, d'autre part, ces perturbations ont-elles des caractères assez constants ou assez communs pour permettre de les faire entrer dans une description générale ?

A peu près tous les auteurs se rencontrent sur ce terrain : au début, dans la période prétuberculeuse, c'est la *neurasthénie* qui est la dominante. Teissier (1) insistait en 1908 sur cette neurasthénie « prétuberculeuse », notion aujourd'hui classique. Neurasthénie liée sans aucun doute à une atteinte de l'organisme par le bacille ou la toxine, car les malades ne savent pas encore à cette période qu'ils sont atteints ; souvent même ils ne sont pas allés consulter encore, et on ne peut arguer ainsi que cette neurasthénie (2) a été provoquée par la brutalité du

(1) TEISSIER. — Congrès de Médecine, Genève, 1908.

(2) Nous entendons donner ici à ce mot son sens courant, mondain, et non son sens psychiatrique. Tardieu (voir *Bibliographie*) a signalé des cas de neurasthénie vraie tuberculeuse, mais cette éventualité reste rare. Il s'agit moins là en général de phénomènes répondant à la maladie de Beard que d'états dépressifs, de dépression physique et psychique. On consultera aussi avec profit : « Les états dépressifs et la neurasthénie », du professeur M. de Fleury.

diagnostic et l'horreur du choc moral ressenti. Bien au contraire avons-nous vu des malades, neurasthéniques, tourmentés et vaguement inquiets au sujet de leur état de santé, réagir brusquement une fois le diagnostic posé, et, encouragés par des paroles indispensables, guérir de leur neurasthénie. Cet état neurasthénique est, très souvent, la cause que le malade vient consulter, nous le répétons, et c'est à cette occasion qu'on dépiste chez lui une tuberculose latente, pour peu qu'on soit averti de ce genre d'états prétuberculeux. Un examen minutieux fera donc découvrir la véritable cause du mal, qui, très souvent, à ce stade, peut être traité et guéri très brillamment. Trop souvent des malades de cette espèce, classés à priori par des médecins non avertis dans le grand cadre des « malades imaginaires », contre lequel nous ne cesserons de nous élever car nous croyons qu'il n'y a pas de malades imaginaires, eussent pu être soignés plus précocement si l'examen systématique du poumon eût été fait et dûment complété par une radioscopie. Il n'y a pas de malades imaginaires, disons-nous, car tout individu, qu'il souffre ou qu'il croie souffrir, est un malheureux qu'il faut avant tout soulager. Et si même les souffrances d'un malade ne répondent à aucune lésion organique, du moment qu'elles s'imposent à lui, elles doivent être traitées autrement que par le mépris ou la moquerie. Bien des médecins, pour avoir ainsi méconnu ces souffrances, ont ancré les patients dans leur état psychique, quelquefois même ont provoqué ainsi inconsciemment de nouveaux troubles.

Mais cette neurasthénie prétuberculeuse, pour être classique et sans aucun doute fort répandue, n'est pas

absolue. Beaucoup de tuberculoses latentes ne se traduisent par rien, au point de vue psychique. Il est rare cependant que pendant la première période d'évolution, le malade étant vraiment un tuberculeux, qui le sait et qui se soigne, n'éprouve quelques changements psychiques. C'est là surtout que l'on constate des perturbations dans la sphère intellectuelle. Les aptitudes intellectuelles sont, en effet, la plupart du temps, aiguës, affinées pour ainsi dire. « Et ceci, dit Letulle, est d'autant plus saisissant qu'en même temps les forces déclinent ; la pâleur, l'amaigrissement, l'inappétence, l'anémie, etc., contrastent avec une vibrante intellectualité. »

Il n'est pas douteux, en effet, que c'est parmi ces malades que se rencontrent fort nombreux ces jeunes gens à allures efféminées et à affinités romantiques qui furent longtemps de mode. Et c'est très souvent, certes non toujours, parmi eux que se recrutent de hautes intellectualités. Le bon sens populaire d'ailleurs a coutume de dire, devant la précocité intellectuelle, qui va de pair avec la pâleur de certains enfants et leur sérieux, « qu'ils mourront de méningite », entendons par là de méningite tuberculeuse.

Il y a donc une véritable *hyperexcitation* intellectuelle, et en même temps un grand besoin d'activité motrice. Le malade, ou le candidat à la maladie, cherche le changement, les plaisirs, la vie mondaine, veut paraître, « et s'épuise à toutes les fêtes, victime d'une vanité inconsciemment surexcitée ». D'où ce cercle vicieux : trop souvent au début de sa maladie le sujet est porté à se dépenser en une activité exagérée, qui le fatigue et

déprime son organisme, et il offre ainsi de plus en plus prise au bacille (1).

Chevrolet (*loc. cit.*) insiste sur le fait que l'influence du terrain est certainement celle qui agit le plus sur la psychologie du malade. Pour lui, l'action du bacille de Koch ne ferait qu'accentuer les dispositions natives du tuberculeux. Nous sommes pleinement de cet avis et nous insisterons plus loin assez longuement à ce sujet. Et tous les auteurs cités précédemment ont, sous des formes et avec des expressions différentes, mis ce phénomène en lumière. « Le tuberculeux, dit Chevrolet, appartient à la grande famille des névropathes. Sa psychologie, ajoute-t-il, n'a pas d'autres caractères que nous ne puissions rencontrer au cours d'autres affections, mais ses divers états d'âmes créent une physionomie spéciale. Les œuvres des tuberculeux célèbres paraissent manifestement porter la marque de cette mentalité spéciale. » L'auteur fait, de la vie et des œuvres des tuberculeux illustres, une très intéressante et très longue étude, que, malgré tous nos désirs et toutes nos tentatives, nous ne pouvons qu'effleurer ici. Il insiste surtout sur les hommes de lettres, artistes, romanciers, musiciens ou peintres, ne retenant, parmi les savants, que Bichat et Laënnec. Molière, Millevoye, Gilbert, de Guérin, Watteau, Schumann, Chopin, Mozart, Jules Laforgue, Samain, Novalis, Mérimée, Marcel Schwob,

(1) Il convient de citer ici ce mot du médecin qui soignait Elvire (Madame Charles), rapporté il n'y a guère que par Albéric Cahuet dans les *Amants du Lac* :

« — Il y a en elle, dit un jour le docteur à M. Charles, ce besoin de vivre avec excès que j'ai souvent constaté chez les malades atteints de son mal. »

Rachel, Bastien Lepage, Marie Baskirsteff, sont plus particulièrement fouillés dans leurs œuvres comme dans leur vie. On lira avec intérêt cette attachante étude (1).

Béraud (*loc. cit.*), sans s'attacher autant que le précèdent à une étude littéraire, a pu montrer qu'il n'y a pas une psychologie, car il n'y a pas un tuberculeux. Il insiste sur la variabilité et le polymorphisme des états psychiques. Mais il croit que correspond à chaque face de cet état psychique un état organique possible à déterminer. Ces « symptômes psychiques », ainsi qu'il les appelle, et nous croyons qu'il faut retenir ce terme toutes les fois qu'on étudie la tuberculose pulmonaire, semblent particuliers à l'intoxication bacillaire, et liés à elle.

Mais peu à peu s'atténueront les facultés cérébrales. Les dégâts pulmonaires deviennent tels qu'il ne faut plus songer qu'à se soigner. Et souvent les dépenses d'activité motrice dont nous parlions plus haut, qui ont pu tromper non seulement l'entourage, mais aussi le malade, ont aggravé l'affection causale au point que les soins sérieux et appliqués d'une cure consciencieuse sont commencés bien tard. Et si la vie intellectuelle continue avec plus ou moins d'activité, la sphère affective, qui jusque-là avait plus ou moins réagi, va être plus nettement touchée.

Nous aurons surtout en vue les états d'âme des phtisiques. De nombreux littérateurs ont fait la fortune de ces états d'âme, et si nous citons seulement Dumas avec *Marguerite Gautier*, Châteaubriand avec *Madame de Beaumont*, Balzac avec son *Médecin de Campagne*, Lamartine avec *Elvire* et surtout ses descriptions dans

(1) CHEVROLET. — « Essai sur la psychologie du tuberculeux pulmonaire », Thèse, Paris, 1918.

Raphaël, nous voyons ici la couleur même du Romanisme. *Le cœur brisé* des anciens romanciers n'est qu'un mythe, ainsi que dit Laignel-Lavastine, et Goethe, qui était aussi médecin, fait mourir son héroïne, dans *Clavijo*, non de cœur brisé, mais de phtisie. Il n'en est pas moins poète pour cela. De même la *langueur*, qui faisait mourir tant de jeunes filles à une certaine époque, voire le bal, qui en tuait aussi quelques-unes du temps de Victor Hugo !

Laignel-Lavastine (*loc. cit.*) tend à montrer que la personnalité de l'organisme apparaît beaucoup mieux lorsque l'évolution est plus chronique, et que les malades chroniques sont d'autant plus modifiés dans leur état mental qu'ils sont plus cultivés et plus analystes. Ceci revient à dire, comme le faisait remarquer Chevrolet, que la tuberculose semble agir en exagérant dans un sens donné les éléments constitutifs de chaque tempérament primitif. Nous insistons à nouveau sur ce point, qui motivera tout à l'heure tout un essai d'interprétation que nous proposerons.

Mais d'une manière générale on peut dire que la vie affective des malades est troublée dans certains sens. Quelques-uns ne changent pas plus d'états d'âme que d'allures intellectuelles, quelle que soit la forme et la durée (Letulle). Jusqu'au bout, leur caractère demeure ce qu'il était. Un grand nombre sont touchés *affectivement*, souvent les mêmes qui sont touchés *intellectuellement*. *Mais en général les belles âmes sont l'exception.*

Une malade que nous avons pu suivre pendant deux mois, à la fin de 1926, au sanatorium de Sainte-Feyre, nous donnait à ce sujet des détails intéressants. Mlle P...,

âgée de 28 ans, malade depuis quatre ans, institutrice, intelligente et fort bien douée, qui s'exprimait fort correctement et ne cherchait pas à donner le change sur sa valeur intellectuelle, comme il arrive trop souvent lorsque l'on interroge des malades de ce milieu, nous disait qu'indifférente et froide au point de vue affectif, indifférente au point de vue religieux, avant le début de son affection actuelle, elle « avait vu, depuis, la vie d'une toute autre manière, et que, ayant eu le temps de penser beaucoup à certains sujets, elle était devenue peu à peu croyante et affectueuse ». Et ce n'était pas en songeant que peut-être elle était condamnée, et qu'il pourrait être bon, dans le doute ou dans l'indifférence, de revenir aux croyances de son enfance ; en somme, ce n'était pas par « intérêt » plus ou moins conscient qu'elle avait ainsi changé peu à peu sa manière de voir (1), mais bien, insistait-elle, à la suite de son changement physique, et à la faveur du temps qu'elle avait à elle pour aborder des sujets de pensée qui ne l'avaient jamais intéressée auparavant. Voilà donc bien un exemple de changement dans la sphère affective qui s'est fait chez une malade en même temps qu'un changement intellectuel. Avait-elle, inconsciemment, telle tendance affective, telle disposition, telle constitution (émotive?), diraient Dumas et Boll, qui s'est révélée à la faveur de l'infection bacillaire, ou, simplement, à la faveur des conditions nouvelles de vie physique où elle s'est trouvée placée ?

Nous trouvons d'ailleurs, mise en relief, comme nous l'avons déjà fait remarquer plusieurs fois, la même cons-

(1) Comparer avec le pari de Pascal.

tatation chez Laignel-Lavastine : « Dans la tuberculose par accident, le paresseux devient nonchalant, l'actif devient agité, le caractère entier devient grincheux, le grave se désespère. »

Il y a donc accentuation de l'état normal, avec cependant adjonction de délicatesse, de finesse, et parfois d'optimisme.

Selon les milieux aussi on peut voir des différences dans l'état mental des tuberculeux. Les gens du peuple seraient moins ingrats et moins égoïstes que les gens du monde, qui sont égoïstes, durs, mais affectifs, intellectuels, artistes. Nous croyons assez à la vérité de ces dernières constatations. Car si Letulle a pu dire que les malades acceptent et trouvent toutes naturelles les preuves de dévouement et les sacrifices les plus grands, tant de la part de leur entourage que de leur médecin, s'il a pu aller jusqu'à dire que les malades n'apprécient jamais la peine qu'on prend pour eux, quelle que soit leur situation sociale, cela est vrai dans la plupart des cas, mais dans les milieux sociaux les plus humbles tous les sacrifices et toutes les preuves de dévouement sont généralement très affectivement récompensés, sauf sans doute chez certaines catégories de revendiquants intéressés, dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils empoisonnent très souvent la vie de ceux qui les soignent.

Ce peut être là, d'ailleurs, l'origine de certains délires de revendication, surtout lorsqu'il s'est agi de tuberculoses survenues après intoxication chez les ouvriers travaillant dans de mauvaises conditions hygiéniques, ou, à notre époque, après intoxication par les gaz de combat — sans qu'il soit toujours facile de délimiter la part qui

incombe à ces facteurs ; il est certain qu'un assez grand nombre de ces malades feront des idées d'interprétation et de revendication pouvant aller jusqu'au délire et être le point de départ de délires de persécution. Et ces malades, sans parler de leur entourage ou des autorités publiques qu'ils obsèdent de leurs récriminations, ne sont pas toujours les moins dangereux pour les médecins, qui sont souvent accusés les premiers par eux d'avoir donné un avis défavorable à une demande... de pension.

Dans un aussi court chapitre, nous ne pouvons qu'effleurer bien des sujets qui viennent sous notre plume. Aussi, sans insister, nous ne passerons pas sous silence certains cas de responsabilité du tuberculeux en matière médico-légale. Des études ont été faites sur la tuberculose chez les prostituées, d'autres sur la tuberculose chez les criminels. En parcourant maint ouvrage de psychiatrie, nous avons pu remarquer souvent qu'une imposante partie de criminels célèbres, surtout parmi les revendicants sociaux, anarchistes ou autres, régicides, comme Caserio, par exemple, étaient des tuberculeux. Nous en avons actuellement un beau spécimen à l'Asile de Bron. P... fut arrêté en 1914, au moment du voyage à Lyon du président de la République, trouvé porteur de bombes particulièrement et ingénieusement dangereuses. Cet individu, paranoïaque revendiquant et persécuté, affichait des théories de réformes sociales (nous ne disons pas ici politiques) qui le rendaient éminemment propre à montrer des réactions antisociales fort dangereuses. Or c'est un tuberculeux avéré ; sa tuberculose est antécédente à son internement ; c'est un débile physique et mental, porteur de vieilles lésions fibreuses, et chez qui

ont apparu depuis une dizaine d'années d'autres localisations bacillaires, en particulier une tumeur blanche du genou. Enormément, parmi les pâles anarchistes au visage d'anachorètes décrits par des journalistes prolixes et imaginatifs, sont des bacillaires. Nous croyons pouvoir les rapprocher des revendicants dont nous parlions plus haut. Leur état mental se ressent de leur état physique : ce sont des aigris, et ce ne sont des aigris que parce qu'ils sont physiquement intoxiqués (1).

Puisque les troubles de l'affectivité vont, en général, de pair chez les mêmes malades avec les troubles intellectuels, ceci nous permet d'expliquer certains états d'âme où, en effet, se mêlent ces deux aspects de perturbations psychiques. Ces états d'esprit sont, d'ailleurs, assez répandus chez les tuberculeux pour que nous puissions en parler comme de quelque chose de général. « Jouir de l'heure présente » semble la dominante psychique de tels malades. Ils traduisent cela plus vulgairement en disant de leur vie d'égotants qu'ils la veulent « courte et bonne », étant détachés d'une santé qu'ils savent (disent-ils) perdue pour eux. Il semble pourtant que cet état d'esprit tienne surtout à certains malades qui se soignent peu et mal, dans des endroits devenus plus des lieux de plaisir que des lieux de cure.

Dans de telles conditions de soins, il est évident qu'un grand nombre de malades ont tendance à se laisser aller. Mais, depuis quelques années, l'implacabilité du pro-

(1) On lira avec intérêt : *Tuberculose et prostitution*, de S. BERNHEIM ; de SKULTEKI : « Il tubercolosi davanti alla legge », *Gazzetta degli ospedali et delle cliniche*, 1900 ; de MORSELLI (*loc. cit.*) : *Delinquenza*, page 128.

nostic étant tout de même tempérée par l'espérance mieux assise d'une guérison possible, cet état psychique du tuberculeux nous paraît avoir évolué. En particulier, au sanatorium, nous avons pu suivre, pendant longtemps, un assez grand nombre de malades de toutes conditions. Ils avaient seulement, du fait de leur isolement, des « crises de cafard » assez fréquentes, mais ils n'avaient pas cet état d'esprit, et nous n'avons jamais, pour notre part, entendu la phrase citée plus haut. Ainsi que se plaisait à le répéter notre Maître, M. le Docteur Duballen, qui jugeait avec sa grande expérience et son grand cœur, « le tuberculeux est un malade qui se soigne, parce que c'est, avant tout, un malade qui veut guérir ». Cet état d'esprit, nous dirons plus « *actuel* » du tuberculeux, qui tient à l'efficacité des deux moyens de traitement qui ont jusqu'alors fait leurs preuves, notre maître savait d'ailleurs l'entretenir avec une très haute autorité et un admirable esprit de dévouement. Les résultats de la cure tiennent bien souvent à la façon dont est comprise cette thérapeutique morale, qui n'est pas le moindre de nos moyens de défense. Et c'est là la *sanction pratique* à retenir d'un chapitre qui pourrait sembler trop exclusivement littéraire ou psychologique. Pierre Vachet dans son beau livre : « La Pensée qui guérit » (1) montre à quel point peut agir une bonne santé morale sur le physique, et il n'est pas inutile de rappeler ici qu'un individu qui se met moralement en bonne position devant une maladie n'est pas loin de l'empêcher de triompher de son organisme. Y aurait-il là encore un cercle vicieux de tous points comparable

(1) Chez Grasset, 1926.

à l'éternel problème de l'œuf et de la poule, et l'individu sain de corps ne serait-il pas porté, de par l'excellence de son physique, à tout voir en rose, et, par conséquent, à la bonne santé morale ? Nous restons, en tout cas, persuadé que l'influence du moral sur le physique reste *primitivement* considérable.

Cette sanction pratique, nous voulons l'illustrer ici par un exemple personnel, qui est le suivant : au Sanatorium, au cours d'un remplacement, nous fûmes chargé il y a quelques mois d'entretenir les insufflations thérapeutiques d'une malade de 38 ans, mère de famille, particulièrement nerveuse, vraie « névropathe ». Cette malade connaissait bien son affection, avait appris, au cours des longs mois qu'elle avait passés à se soigner, que le seul espoir d'une guérison, le médecin traitant l'avait mis en le pneumothorax. Or, lorsque nous la vîmes, elle n'allait pas bien, présentait une température à grandes oscillations et des troubles digestifs, se frappait beaucoup, parlait de liquide et commençait à se désespérer en pensant que ses feuillets pleuraux allaient « se recoller ». Nous l'auscultâmes avant de continuer les insufflations d'oxygène, et découvrîmes, de l'autre côté, une infiltration commençante à évolution rapide. Notre diagnostic fut confirmé par la radioscopie et, avec notre collègue, nous tombâmes d'accord pour reconnaître l'inefficacité absolue et même le danger de la continuation du Forlanini. Mais, nous pensâmes, pour notre compte personnel, que, cesser le traitement c'était avouer notre impuissance à la malade, et, corollairement, lui annoncer son arrêt de mort. Nous prîmes sur nous de continuer les *piqûres*. Nous disons bien : les *piqûres* et

non les insufflations, qui n'auraient servi à rien, peut-être qu'à fouetter les lésions. Nous avons toujours fait en sorte de cacher à la malade le manomètre de l'appareil, afin qu'elle ne pût se rendre compte de notre tromperie (et nous eûmes beaucoup de peine, car elle se méfiait beaucoup de toutes les précautions prises). Nous sommes parvenus, cependant, à lui cacher la vérité, que nous n'avions pas celée, naturellement, aux proches.

Si nous avons rapporté ce fait, c'est que, dans la « Clinique » de mars 1927, Rosenthal exprimait, en l'illustrant d'un cas exactement semblable, l'angoisse du médecin devant certains cas de conscience. Nous croyons pour nous, qu'il est indispensable de cacher ainsi son état à un tel malade. C'est une simple question de bon sens. Le sentiment doit ici prévaloir sur la vérité scientifique, d'autant que c'est en même temps conserver au malade l'espoir qui est si souvent le ressort d'une bonne lutte physique et psychique. Lorsque tel médicament, telle thérapeutique, n'agissent plus, on est sûr d'être en règle avec sa conscience lorsqu'on laisse parler sa pitié, et c'est la pitié seule ici qui peut, à défaut d'autre chose, dispenser hebdomadairement ou mensuellement la dose d'espoir, et entretenir ce que Rosenthal appelle si joliment et si justement la « religion du pneumothorax ».

De graves perturbations sont apportées à la sphère affective au cours de la période ultime de la tuberculose pulmonaire. Nous avons dit, au début de ce chapitre, que la neurasthénie pré-tuberculeuse était de règle, encore qu'elle eût à souffrir de nombreuses exceptions. De même on a décrit, et on admet classiquement, l'*euphorie terminale* du tuberculeux. Elle a été très étudiée,

surtout par *Letulle*, *Darembert*, *Dupré*. Encore que classique, elle n'est malheureusement pas, croyons-nous, aussi générale que ces auteurs ont bien voulu le dire. Cette illusion délirante chronique, qui déjà sort un peu du cadre de la psychologie pour enfrer dans le domaine de la psychiatrie, il nous a été donné de l'observer une fois ou deux seulement, alors que nous avons assisté à de nombreuses disparitions de tuberculeux. Nous avons dans bien des cas, suivi pas à pas leur agonie. Nous nous souvenons en ce moment d'un jeune homme de dix-sept ans, décédé au Sanatorium après des complications. Nous le vîmes à notre contre-visite, vers six heures du soir ; il présentait, outre son état cachectique très avancé, une dyspnée intense avec cyanose de la face, qui nécessita, à plusieurs reprises, non seulement le ballon d'oxygène, mais encore des injections d'oxygène sous la peau, ultime thérapeutique, destinée uniquement à apporter un soulagement immédiat. Lorsque, par courts instants, sa dyspnée se calmait, les yeux du petit malade se fixaient sur nous avec espoir et il nous contait ses projets d'avenir avec force détails, nous disant entre autre tout ce qu'il comptait faire de ses petites économies « quand il serait guéri ». Il devait mourir dans la nuit, à peine quelques heures après, dans le même état euphorique. Nous avons suivi également une jeune fille de 22 ans, ces derniers mois, qui présenta, alors que son état local et son état général étaient lamentables, de véritables phénomènes euphoriques, à la seule annonce qu'elle allait, du climat brumeux où elle se trouvait, partir pour le midi. Ce projet de changement de climat, qui était pour elle un trompe l'œil et que nous avons

conçu avec sa famille, lui fit faire tant de rêves, elle organisa si bien à l'avance sa nouvelle vie, qu'elle ne se vit pas disparaître, et mourut en route dans l'automobile qui la transportait.

Ces cas sont, en somme, assez rares. La plupart du temps les malades meurent en pleine conscience, souffrent, et ceux qui ne sont pas emportés par une hémoptysie foudroyante et qui meurent de « consommation » se sentent trop bien arriver au but ultime, malgré les bonnes paroles et les pieux mensonges dont il nous faut, tout de même, familles et médecins, savoir les entourer.

Cette euphorie classique, qui, nous le répétons, quand elle existe, est déjà plus un trouble mental qu'un trouble de psychologie, certains auteurs ont voulu en faire la traduction d'une imprégnation marquée de cellules nerveuses, voire d'une méningo-encéphalite diffuse qui serait, en somme, comparable à la méningo-encéphalite diffuse syphilitique. Nous verrons, dans la deuxième partie de ce travail, que cette méningo-encéphalite diffuse existe bien réellement, mais il faut la réserver à des phénomènes psychiques plus marqués, relevant vraiment de la psychiatrie.

Enfin, une dernière question, qui a été longtemps à l'ordre du jour, entre dans le cadre des troubles affectifs. Il s'agit de *l'excitation génésique*, chez les phtisiques. Tous les auteurs ont insisté sur cette excitation, remarquée depuis longtemps. Comme nous l'avons dit plus haut, Landret en 1904, puis Baril en 1907, ont soutenu des opinions essentiellement contradictoires à ce sujet. Mais nous avons trouvé dans le travail du premier auteur quelques observations d'excitation génitale pous-

sée à un tel point que nous croyons bien qu'il s'agit là de véritables *délires érotiques*. Ces délires érotiques sont des troubles qui, eux aussi, relèvent de la psychiatrie, et il ne fait aucun doute qu'ils sont liés étiologiquement, dans certains cas, à la toxémie ou à l'infection bacillaire. Pour ce qui est des perturbations élémentaires du sens génésique, de l'excitation, qui ne dépasse pas certaines limites, nous n'hésitons pas à dire qu'il s'agit là d'une légende ; nous croyons beaucoup plus simple de les expliquer par les conditions dans lesquelles vivent les malades, plutôt que par l'infection tuberculeuse elle-même. De nombreux malades, que nous avons interrogés à ce sujet, nous ont répondu très sincèrement qu'il ne leur semblait pas avoir changé, dans la sphère génitale, depuis leur maladie. Et ceux qui ont avoué avoir éprouvé en ce sens là des changements, se sont à peu près tous accordés pour mettre ces changements sur le compte de leur vie de malades. Placés dans de particulières conditions d'isolement, de repos, de bonne alimentation, de dynamique fonctionnelle en puissance et insatisfaite, d'oisiveté et de rêverie pendant des heures entières, des jeunes gens, hommes ou femmes, de vingt à quarante ans, (âge le plus courant des malades qui se soignent), seraient tous soumis au même phénomène, sans qu'il y ait besoin pour expliquer cela de lésions tuberculeuses. Nous ne pouvons trouver de meilleures preuves à ce que nous soutenons ici, que celle-ci : tous les auteurs, avec Landret s'accordent pour trouver plus marquée l'excitation génésique en cure libre ou dans les sanatoria mixtes.

Nous pourrions volontiers comparer la vie de ces tu-

berculeux légèrement atteints, ou torpides ou en convalescence, la vie de ces « captifs », selon un roman célèbre, à la vie des passagers d'un paquebot : isolement et bonne vie, ceci peut suffire à expliquer cela.

Au point de vue affectif, d'ailleurs, on a toujours constaté une propension marquée des malades à la sentimentalité, souvent une sentimentalité affinée, parfois puérile, presque toujours platonique, et où s'aiguise la délicatesse la plus grande.

Enfin, le tuberculeux pulmonaire, en dehors même de sa maladie, dont, évidemment, il a tendance à parler beaucoup, et qu'il connaît à fond, souvent aussi bien que le médecin, mêle encore son intellectuel et son affectivité pour étudier son *moi pathologique*. Il s'étudie avec perspicacité, avec constance, soutenu presque toujours par l'espoir d'une guérison prochaine, mais très apte à se frapper à la moindre alerte, à la moindre anicroche qui vient perturber, même légèrement, la marche normale de sa cure. Combien en avons-nous vus de ces malades s'analysant psychiquement et physiquement, qui se seraient auscultés s'ils avaient pu ! et qui, pendant des jours, restaient obnubilés par la pensée qu'ils avaient perdu quelques centaines de grammes à la dernière pesée ? De là, tendance à l'*égoïsme*, à l'*égoïsme*, qui, très souvent, restera comme une caractéristique de l'individu, même après sa guérison.

L'affectivité d'un tel malade sera donc « passive et réactionnelle ». Il ne se donne pas. C'est une extériorisation de son *égoïsme*, qui reste le plus souvent superficielle ; il ne se sacrifiera pas, sauf exceptions, bien entendu, à l'âme sœur choisie par son désir ! Mais, et en

contraste, il montrera un très vif sentiment de jalousie, et ceci se voit surtout chez les femmes ; — ce genre de malades absorbe ceux qu'ils aiment. « Ces jalousies sont innombrables, dit fort justement Letulle, et se passent sur de petits faits : des malades comptent et surveillent les moments passés par le médecin, la sœur ou l'infirmière, auprès de leurs compagnes. Cette jalousie peut aller jusqu'à de véritables vésanies ».

« Malgré tout, dit encore Letulle, dans la masse de ces organismes déchus matériellement, égoïsme, indifférence, froideur, ne sauraient être regardés comme des perturbations pathologiques de l'âme. Dans la majorité des cas, « *mens sana in corpore leso* ».

Enfin, et pour conclure une étude au cours de laquelle, à travers l'exposé des idées émises par nombre d'auteurs, nous avons apporté quelques critiques personnelles, nous donnons ici les opinions autorisées de notre maître, M. le professeur agrégé Cordier, qui a bien voulu nous permettre de les reproduire :

« J'estime qu'il n'y a pas réellement de psychologie particulière aux tuberculeux, encore moins de perturbations psychiques spéciales.

« Les idées tristes du début sont les réactions normales de tout être normal devant un avenir sombre et à longue échéance.

« L'euphorie terminale est peut-être plus anormale, mais elle est spéciale aux fébriles et aux anoschémiques, et s'explique par des éléments matériels.

« L'excitation sexuelle est un canevas littéraire sans valeur ; la tranquillité parfaite des sanatoria unisexuels le démontre : que des couples normaux soient, par contre,

installés côte à côte dans un hôtel quelconque, avec, comme consigne, douze heures de lit et six heures de chaise-longue obligatoire et l'inaction absolue pendant des mois, et je gage que les « embrasés » de cette « captivité » seraient encore plus nombreux.

« Qu'enfin, au cours d'une cure de 4 ou 8 mois dans le même sanatorium, avec les mêmes visages, les mêmes soucis, les mêmes motifs d'angoisse et les appréhensions sur l'avenir, il y ait, devant la longueur de l'évolution, quelques réactions de découragement, d'intolérance vis à vis d'une discipline monotone, d'insociabilité, je pense qu'avec toutes les maladies chroniques on pourrait en trouver autant, sinon plus.

Les troubles psychiques vrais, dont je relate une observation (Obs. XXII), me paraissent exceptionnels.

En conclusion, c'est à peine si je retiens un paradoxe : le tuberculeux est de tous les malades chroniques, celui qui a le psychisme le plus normal ».

Quant aux recherches anatomopathologiques qu'il a pu faire, Laignel-Lavastine (1) n'a trouvé qu'une coïncidence de l'état mental habituel des tuberculeux avec l'extrême fréquence de l'abondance de la pigmentation des cellules corticales, qui signifie seulement que la cellule nerveuse, intoxiquée lentement et à petites doses, vieillit vite et se pigmente, prenant les aspects de l'atrophie sénile. Mais, n'est-ce pas là aussi un affaiblissement des cellules qu'on pourrait retrouver dans toutes les affections chroniques ?

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — « Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux » (*Revue de Médecine*, 10 mars 1906).

Essai de classification

A plusieurs reprises, nous avons montré, en insistant, que les auteurs qui se sont occupés des perturbations de la psychologie du tuberculeux se sont trouvés d'accord pour exprimer cette idée que la tuberculose pulmonaire semble accentuer l'état normal de l'individu : « le paresseux devient nonchalant, le grave se désespère »..... Défauts, qualités, tendances, caractère, tempérament, tout cela se trouve très nettement amplifié.

Or, dans un ouvrage célèbre (1), Achille Delmas et Boll ont proposé une classification de ce qu'ils ont appelé les dispositions affectives-actives, dispositions normales à chaque individu, groupements de tendances normales à chacun, et qui forment sa personnalité. Ces dispositions affectives-actives correspondent, pour Delmas et Boll, aux constitutions psychopathiques, c'est-à-dire aux groupements de tendances morbides, pathologiques, qui ne sont pas encore des troubles mentaux, mais qui sont sur la limite du normal et du pathologique.

Ces constitutions psychopathiques sont au nombre de cinq, dans lesquelles les auteurs font entrer tous les états psychiques. Ce sont : les constitutions paranoïaque, perverse, mythomaniacque, cyclothymique, hyperémotive. Naturellement, ces constitutions sont déjà du domaine des faits morbides. Mais les dispositions affectives-actives normales qui correspondent, chez chacun d'entre nous, à ces constitutions psycho-pathologiques, sont également au nombre de cinq :

A la constitution paranoïaque correspond la disposi-

(1) DELMAS et BOLL. — *La personnalité humaine* (Flammarion).

tion avidité ; à la constitution perverse correspond la disposition bonté ; à la constitution mythomaniacque correspond la disposition sociabilité ; à la constitution cyclothymique correspond la disposition activité ; et enfin, à la constitution hyperémotive correspond la disposition émotivité.

Dans ce cadre, qui peut paraître bien restreint et schématique, entrent tous les tempéraments et tous les caractères ; de même qu'avec les vingt quatre lettres de l'alphabet on peut faire tous les livres que l'on veut, de même la nature, avec ces cinq dispositions fondamentales, a fait toutes les personnalités humaines. Car il faut bien entendre que les individus qui possèdent à l'état pur une disposition de la classification de Delmas et Boll sont rares, sinon inexistants, et que chaque personnalité peut avoir plusieurs des dispositions ci-dessus, plus ou moins marquées et empiétant plus ou moins sur d'autres dispositions.

On comprend, dès lors, comment nous avons pu penser à expliquer les troubles psychiques élémentaires des tuberculeux en partant des dispositions affectives-actives. Chacun des malades ayant une de ces dispositions, ou plusieurs, ou certaines tendances empiétant les unes sur les autres et formant son tempérament et son caractère, la maladie *peut* amener dans le cours de ces dispositions, de véritables perturbations, et ces dispositions devenir, par exagération, même de véritables constitutions psychopathiques, constitutions psychopathiques qui sont un véritable terrain préparé à la réceptivité, constitutions psychopathiques qui s'exagéreront à la faveur de l'infection bacillaire à mesure que celle-ci fait plus profondé-

ment ses ravages ; à la faveur aussi des conditions de milieu, de vie, de culture, de chacun des malades envisagés.

On conçoit donc qu'un individu présentant, schématiquement, une disposition avidité, disposition normale qui lui assure ses qualités (et ses défauts) et sa place dans le monde, peut devenir tuberculeux. Il pourra rester un avide. Mais il pourra aussi devenir un paranoïaque ; de même un individu de disposition activité, verra son activité augmenter dans de notables proportions sous l'influence du processus tuberculeux, et il pourra devenir un cyclothymique.... A un stade plus avancé, le processus tuberculeux ayant pu devenir une véritable intoxication des cellules cérébrales, on pourra avoir à faire à une psychose du type manie aiguë....

Nous essaierons, plus loin, de démontrer comment une autre constitution, celle-ci ajoutée à la classification de *Delmas et Boll*, par *Bleuler*, la constitution schizoïde, peut, exagérée par l'infection bacillaire le plus souvent latente, donner lieu à ce type de démence longtemps admise sous le nom de démence précoce, et qu'on tend de plus en plus, avec *Bleuler*, à dissocier et à étendre aujourd'hui sous le nom de schizophrénie.

Ce n'est pas autre chose, sous une autre forme et en partant de la classification de *Delmas et Boll*, que l'idée générale émise par la plupart des auteurs, et sur laquelle nous avons insisté au cours de cette première partie : que la psychologie du tuberculeux, dans ce qu'elle a de perturbé, n'est que la tendance exagérée des éléments du caractère et du tempérament de chacun des sujets atteints.

Par quel mécanisme se produit cette exagération des dispositions affectives normales de l'individu au cours de la tuberculose pulmonaire ? Est-ce par une toxi-infection lente et protoplasmique si diffuse que rien ne peut le dévoiler de nos procédés actuels ? Est-ce seulement par une dissociation morbide de la personnalité, des états d'âme, que ne peut expliquer l'histo-anatomie pathologique ? Nous nous rattacherions plus volontiers à la première hypothèse, en faisant peut-être intervenir le rôle du sympathique et des glandes endocrines. Et ceci nous permettrait de passer aux troubles mentaux de la tuberculose sans envisager, entre eux et ces troubles élémentaires que nous venons d'étudier, une différence de nature, mais seulement une différence de degré.

DEUXIÈME PARTIE

Les troubles mentaux liés à la tuberculose

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales

Y a-t-il des troubles mentaux d'étiologie tuberculeuse ?

Dans ses leçons cliniques sur les maladies mentales, Voisin, en 1876, s'exprime ainsi, consacrant un de ses cours à la « Folie tuberculeuse » :

« Il m'est arrivé de pouvoir observer des cas qui tiennent, d'une part de la paralysie générale par quelques symptômes et quelques lésions, d'autre part de la folie simple monomaniaque par quelques signes, et qui cependant diffèrent de ces deux classes principales par leur nature, leur marche et leurs lésions anatomiques. Ces cas doivent être rattachés à la tuberculisation, et pourraient être désignés du nom de folie tuberculeuse... Je ne prétends pas vous parler de faits qui n'ont jamais été entrevus ; je sais que la tristesse, une sorte de mélancolie, accompagnent ordinairement la tuberculisation

commençante ; je sais que le délire est observé dans la méningite ; je sais aussi que le délire a été décrit chez les tuberculeux dont l'affection est arrivée à un degré avancé, *mais je n'ai en vue qu'une variété de folie que j'appelle tuberculeuse* ».

Et, quelques lignes plus loin, il ajoute, très affirmativement : « La folie tuberculeuse est toujours à forme lypémanique ».

Nous ne discuterons pas tout de suite ce point de vue, nous réservant de le faire après avoir passé en revue quelques-unes des opinions les plus autorisées des anciens auteurs.

Car les psychoses d'étiologie tuberculeuse ont été décrites depuis longtemps. Le premier en date semble bien être *Mead*, en 1767. Et, ainsi que nous l'avons dit au début de cette étude, tous les aliénistes du XIX^e siècle, depuis *Pinel* et *Esquirol*, ont signalé la tuberculose comme cause possible, encore que rare, de troubles démentiels.

Esquirol, en effet, dans son traité, qui date de 1883 (1), rapporte plusieurs observations de mélancoliques ou d'agités ayant nettement succombé à des lésions pulmonaires en évolution, comme en font foi les constatations de leurs nécropsies.

Voici, à présent, comment s'exprime *Morel* (2), quelques années après :

« Il est incontestable qu'il n'est aucune des causes précitées (les maladies des divers appareils) qui ne puisse produire une maladie cérébrale à évolution complexe :

(1) *ESQUIROL*. — *Des maladies mentales*, 1888.

(2) *MOREL*. — *Traité des maladies mentales*, 1868.

j'entends par ces mots que le délire transitoire de quelques affections inflammatoires peut, *sous certaines influences déterminées*, se continuer avec les caractères d'une véritable aliénation mentale. On observe dans ces cas une situation pathologique nouvelle, au point de vue du trouble des fonctions nerveuses, ses périodes d'exacerbation et de rémission ; et, en un mot, le cortège de tous les phénomènes qui accompagnent le désordre chronique et continu de la pensée : délire systématique, hallucinations, tendances instinctives anormales, lésions des sentiments, altérations profondes des grandes fonctions de l'économie.

« Mais il s'agit de préciser ces influences, et de les étudier dans leurs connexions avec la maladie qu'elles compliquent et qu'elles transforment, car le pronostic et le traitement de l'affection nouvelle ne nous offriraient, en dehors de cette manière d'observer, qu'incertitudes ou déceptions ».

Morel insiste beaucoup sur le mécanisme de ces causes. Il a vu des pneumonies, des rhumatismes articulaires, des dysenteries, des fièvres typhoïdes bien franches, causer la folie indépendamment de toute autre influence. « Mais, le plus ordinairement, il s'agit d'un ordre de faits plus complexes ».

« C'est de longue main, dit-il un peu plus loin, que se préparent les éléments qui vont imprimer à telle ou telle autre cause, soit de l'ordre physique, soit de l'ordre moral, le caractère déterminant de son activité. Il ne suffit pas de citer telle ou telle cause physique ou morale qui aurait agi dans le sens d'une manifestation délirante quelconque, il faut encore se rendre compte des *dispo-*

sitions de l'individu à contracter la folie sous l'influence de telle ou telle cause ».

On peut comparer avec ce que, dans la première partie, nous avons dit au point de vue de la psychologie du tuberculeux : exagération des *dispositions* de chaque malade, qui, jusqu'à un certain point, ne sort point ou sort peu du normal.

Autrement dit, pour Morel, c'est, nettement posé, le problème de savoir si une infection peut provoquer des troubles psychiques *ailleurs que sur un terrain préparé mentalement* à les recevoir. Ceci, comme il le fait remarquer et comme d'ailleurs nous essaierons de le montrer plus loin, a une extrême importance quant au pronostic.

Quelques pages après cet exposé général, Morel aborde la question de l'étiologie tuberculeuse de certaines perturbations psychiques « dont le caractère est ordinairement en rapport avec le degré plus ou moins avancé de la maladie. Il n'est pas étonnant que certaines bizarreries, certaines tristesses passagères chez les individus victimes d'une diathèse tuberculeuse, passent inaperçues. Ce n'est souvent que dans la dernière période de l'affection tuberculeuse, et lorsque le malade est épuisé par des épistaxis, des hémoptysies et des hémorragies, que le délire éclate, et souvent avec une violence extrême.

« Toutefois, il est bon que l'attention des médecins praticiens soit portée sur certains états névropathiques compliqués de tristesse, de nervosité, de bizarreries de caractère, et pour lesquels ils peuvent être consultés ».

Voici à présent les opinions de Griesinger (1).

(1) GRIESINGER. — *Traité clinique des maladies mentales*. — Traduc. Doumic, 1865.

« Souvent les maladies constitutionnelles chroniques sont la cause du développement de la folie. Au premier rang parmi ces maladies, il faut placer tous les états d'épuisement et d'anémie consécutifs.... à différentes maladies générales et locales qui amènent une grande perturbation dans la digestion, l'hématose et la nutrition.... De même l'anémie joue un rôle important dans la production d'autres névroses, et nous voyons encore, dans les limites physiologiques, combien les individus chez qui la nutrition est en souffrance sont parfaitement sujets à un état d'irritation dans les fonctions du système nerveux, perdent plus ou moins le sommeil, etc. Parmi toutes les causes physiques, je crois que c'est à ces états si divers qu'il convient peut-être de rapporter la plus grande part de la production de la folie, ce qui me confirme dans cette idée, c'est que, dans la grande majorité des cas, un régime réparateur et nourricier produit les meilleurs effets et, qu'au contraire, une mauvaise nourriture et la misère aggravent l'état des malades. Il est évident que l'ancienne médecine était dans les mêmes idées quand elle parlait de la nature arthritique d'une foule de maladies mentales....

« La cachexie tuberculeuse paraît également être quelquefois la cause du développement de l'aliénation mentale. Il arrive quelquefois encore que l'on considère comme aliénés, et que l'on envoie comme tels dans des asiles, des individus chez qui une maladie tuberculeuse développée à l'intérieur du crâne détermine quelques troubles intellectuels, méningite, encéphalite tuberculeuse, ou bien encore des cas légers de méningite de la base, à marche un peu lente. Ainsi donc, les cas de folie

récente qui s'accompagnent de contracture du cou, et dans lesquels l'examen fait reconnaître la présence de tubercules pulmonaires, ou même seulement de traces probables de tubercules antérieurs et cicatrisés, ces cas méritent, sous ce rapport, la considération la plus sérieuse. Tous ces cas se terminent en peu de temps par la mort.... Mais, ordinairement, la tuberculisation et la folie ont entre elles une autre liaison, et la folie se présente sous une de ses formes chroniques ordinaires. Quelquefois, des troubles intellectuels apparaissent au début, dans les premières périodes de la phtisie pulmonaire, qui n'est pas encore constatée, et qui, même plus tard, ne se manifeste pour l'observateur peu attentif, et dont l'attention se porte tout entière sur les phénomènes de l'aliénation, que par l'augmentation du marasme et l'apparition de la fièvre hectique. Il y a un intérêt tout particulier, dans ces cas, à examiner le poumon des malades.

« On a dit, mais cela n'a pas été confirmé, que la folie qui accompagne la phtisie ou qui se développe sous l'influence de cette affection, se présente avec un caractère particulier. Jacobi lui attribuait un caractère de caprices incessants, passant d'un extrême à l'autre. Mais tous ces caractères sont bien inconstants.... ».

C'est dans des termes sensiblement analogues que s'exprime Ball (1) dans ses leçons sur les maladies mentales ; il fait entrer les troubles psychiques de la tuberculose pulmonaire dans le grand chapitre des folies diathésiques. Mais il n'emploie pas le mot de « Folie tuber-

(1) BALL. — *Maladies mentales*, 1880 (Paris, Asselin et Houzeau).

culeuse ». Il fait, lui aussi, une part à la mélancolie, mais, au contraire de ce que soutient Morel, il laisse la plus grande part à l'euphorie. Il remarque que la « phtisie et la folie peuvent obéir à la loi d'alternance et se remplacer mutuellement ». Mais l'intérêt de la leçon de Ball réside surtout dans le fait qu'il semble être le premier à parler nettement de l'hérédité morbide, « envisagée non seulement chez l'individu, mais dans sa famille ».

C'est une idée qui nous est personnellement chère, car bien avant d'avoir lu Ball, nos premières semaines passées à l'Asile nous avaient ancré cette opinion dans l'esprit, qu'on retrouve fréquemment, chez les ascendants ou les descendants des aliénés, la phtisie ou des localisations tuberculeuses extrapulmonaires. « Dans une seule et même famille, dit Ball, Schroder van der Kolk a vu plusieurs frères et sœurs devenir aliénés, tandis que les autres mouraient poitrinaires ».

Ball aborde enfin, comme les précédents, la question de savoir si les troubles mentaux liés à la tuberculose sont caractéristiques et se distinguent au point de vue psychologique des autres vésanies.

Pour Clouston (1), la question se résout par l'affirmative. Il prétend même diagnostiquer la folie tuberculeuse par la seule étude de troubles psychiques. Nous discuterons plus loin cette manière de voir. Clouston observe soit manie, soit mélancolie ; puis bientôt le malade tombe à l'état chronique : c'est alors l'instabilité mor-

(2) CLOUSTON. — « Tuberculosis and insanity » (*Ann. Méd. Psychol.*, 1864).

bide, la mauvaise humeur continuelle. C'est presque un « faux délire de persécution ».

« Il existe en même temps une sorte de paresse intellectuelle, une aversion profonde pour le travail, une horreur du mouvement. Cet état de dépression est souvent traversé par des périodes d'emportement, Puis, peu à peu, dit Clouston, le malade tombe dans une demi-démence coupée d'intermittences périodiques. On a constaté un retour à la raison, chez les aliénés phtisiques, aux approches de la mort ».

Ball soutient pourtant que cela n'est pas toujours vrai et que cette description ne correspond pas à tous les cas. Il insiste sur le pronostic de la plus triste gravité, sur l'évolution, qui ne dépasse pas trois ans. « Quand le malade guérit de sa folie, il meurt de phtisie pulmonaire ».

Impossible d'être plus affirmatif ! Impossible aussi d'être plus pessimiste, et Ball sourit à l'optimisme de Schroder van der Kolk, qui prétend avoir observé des guérisons.

Pourtant, peu à peu, et à mesure qu'on en connaît mieux le processus, ces affections mentales liées à la tuberculose sont mieux étudiées. Et on assiste, depuis trente ou quarante ans, à un renouveau de la question qui peut se résumer ainsi :

Aux affirmations portées par les anciens auteurs qu'il existe une « folie tuberculeuse » et que ses caractères, résumés par l'article de Clouston, sont particuliers et, dirions-nous, spécifiques, s'opposent les notions de polymorphisme des accidents mentaux, et l'impossibilité où nous sommes de ramener les troubles psychiques à l'étiolo-

logie tuberculeuse uniquement par l'observation clinique.

D'autre part, chez les auteurs qui ont étudié ces dernières années ces accidents, intervient le fait anatomopathologique, à peine entrevu par les anciens ; c'est à peine, en effet, si les constatations macroscopiques avaient montré à Ball des lésions cérébrales, en tout cas rien de net ; alors qu'aujourd'hui, dans un certain nombre de cas, dans la plus grande partie même, on retrouve des lésions macro et microscopiques. Ces deux ordres de faits opposés qui sont la caractéristique des travaux récents, nous pouvons en donner quelques exemples qui éclaireront l'historique de la question.

On lit dans le traité de Gilbert Ballet :

« La tuberculose, et particulièrement la tuberculose pulmonaire, détermine *assez souvent*, des troubles cérébraux. Les préoccupations que fait naître chez les malades la conscience de leur état, les troubles de la nutrition et de l'hématose engendrés par la maladie, la fièvre qui habituellement l'accompagne, expliquent ces troubles ».

Ballet signale à la suite les états dépressifs mélancoliques décrits par Ball, Clouston, admet aussi, mais plus rarement, des phénomènes d'excitation, et les met sur le compte de la fièvre. Mais, anatomopathologiquement, tout au plus insiste-t-il, dans un traité évidemment destiné à des généralités, sur l'état psychique particulier aux méningites et à leurs lésions.

Il faut arriver à des études d'ensemble des psychoses dues à la tuberculose pour s'en faire une plus juste idée,

(1) G. BALLET. — *Traité de pathologie mentale*, Paris, O. Doin, 1903.

et le travail le plus essentiel, qui fut peut-être aussi le premier, est celui de Morselli, de Gênes. Par deux fois, dans sa thèse inaugurale en 1903 (1) et dans un ouvrage fort important consacré à cette étude : « La tuberculose dans l'étiologie et la pathogénie des maladies nerveuses et mentales » (2), en 1907, Morselli insiste sur la réalité de l'étiologie tuberculeuse d'un certain nombre d'affections mentales, montre le rôle de l'hérédité du terrain tuberculeux, des altérations morphologiques dans la descendance des tuberculeux, le nombre des maladies nerveuses et mentales qui sont en rapport avec une dystrophie héréditaire d'origine tuberculeuse. Un long chapitre est consacré à l'étude des différents troubles psychiques ; c'est ainsi que Morselli passe en revue le délire terminal, les psychoses, la psychose maniaque dépressive, la démence précoce, la confusion mentale aiguë, la pseudo-paralysie générale, l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie. C'est ainsi qu'il étudie ensuite la pathogénie de ces désordres et qu'il termine par un chapitre très personnel d'expérimentations, grâce auxquelles il a pu mettre en évidence des altérations de la partie chromatique de la cellule après injection à l'animal, par voie endopéritonéale, d'extraits aqueux de protéine tuberculeuse d'une virulence de 1/100° ; des altérations des fibrilles endocellulaires ; enfin des altérations des cordons de la moëlle. Mais ces expériences concernent surtout les troubles du système nerveux périphérique. Nous reviendrons, à l'heure de la pathogénie, sur les idées émises dans son dernier livre par Morselli.

(1) A. MORSELLI. — *Thèse de Gênes*, 1903.

(2) A. MORSELLI. — *Loc. cit.*, p. 14.

Cet auteur, en tout cas, non seulement fait nettement la part de la tuberculose, dans le groupe des facteurs infections, comme agent provocateur des troubles mentaux, mais encore montre bien que *toutes les psychoses* peuvent être dues à la tuberculose, autrement dit que le bacille de Koch ne produit pas une certaine espèce de psychose, de forme mélancolique, ainsi que le soutenait Voisin, Clouston, mais peut produire tous les désordres psychiques.

Les mêmes idées sont soutenues en France, à la même époque, par notre maître, M. le professeur Lépine, qui présente en 1909, au Congrès de Budapest, une communication contenant sa manière de voir à ce sujet. Il affirme cette notion importante, qui avait été déjà entrevue par certains auteurs du siècle précédent (en particulier par Voisin, Ball (*loc. cit.*) que c'est souvent au cours des tuberculoses *latentes* qu'apparaissent les troubles psychiques. De remarquables recherches lui montrent l'importance des lésions de méningo-encéphalite diffuse, fréquemment atypique, non folliculaire, dans les nécropsies de malades décédés à la suite de l'évolution des désordres pulmonaires. Il montre enfin que, généralement, ces troubles mentaux sont curables, et qu'ils sont la signature d'un pronostic point trop défavorable quant à l'évolution de l'infection bacillaire primitive.

Au sujet de ce terme de tuberculoses *latentes* (1), nous devons bien nous entendre sur sa valeur. La tuberculose latente n'est point forcément une tuberculose bénigne, ni une tuberculose au début. C'est souvent, déjà, une

(1) RIEUX. — *Les Tuberculoses latentes*, 1926.

tuberculose quelque peu ancienne, mais qui ne s'est pas encore réveillée. Donc, lorsque nous disons que les troubles psychiques tels que la confusion mentale, ou la psychose maniaque dépressive, surviennent au cours d'une tuberculose latente, il ne s'en suit pas qu'ils sont la signature d'une tuberculose bénigne, mais beaucoup plutôt d'une tuberculose peu évolutive, non éveillée, et qui à ce stade peut être utilement soignée, ce qui tempère le pronostic.

A la suite de ces constatations cliniques, M. le professeur Lépine essaya d'une thérapeutique efficace, et ce fut là l'origine de ses recherches sur l'emploi du nucléinate de soude dans le traitement des maladies mentales, et en particulier dans les psychoses toxi-infectieuses.

Parallèlement d'autres travaux, fort nombreux, étaient entrepris sur le même sujet, à mesure que la notion de toxi-infection prenait de plus en plus sa large place dans la médecine mentale. C'est ainsi que Soutzo et Dimitresco étudient, en 1910, la démence précoce dans ses rapports avec la tuberculose (*In Annales médico-psychologiques*) et montrent, après de nombreuses observations et une longue pratique, qu'il y a plus qu'un rapport de coexistence dans bien des cas, un certain « rapport de solidarité dû à quelque mécanisme plus intime ». Et pour eux aussi c'est, dans la majorité des cas, la tuberculose latente qui est en cause. Toutes les nouvelles méthodes ont été employées par ces auteurs : tuberculine, cutiréaction, oculo et ophtalmoréaction (celle-ci étant la plus exacte).

Les résultats des recherches faites en série par Soutzo et Dimitresco ne laissent pas d'être impressionnants,

puisque sur 63 déments précoces, il y a 42 malades chez qui l'ophtalmo-réaction est positive, alors que dans la paralysie générale, il n'y a aucun cas positif. La seule objection qu'on pouvait leur faire, la longue présence à l'Asile de malades qui s'y sont contaminés, ne tient pas, car les expériences ont porté sur des cas récents. D'autre part il y a lieu d'interpréter dans le sens d'une relation de cause à effet l'association des évolutions des deux affections somatique et mentale, le plus souvent, ainsi que nous le dirons plus loin nous-même, dans le sens d'une aggravation.

Gimbert (de Cannes) a publié une remarquable thèse, en 1907, sur le sujet voisin de celui qui nous occupe (1). Pour lui, l'asthénie nerveuse (expression que nous préférons à neurasthénie dans les cas de pré tuberculose, voir page 26) traduit dès le début l'abaissement de la tension artérielle, l'hypotonie cardiovasculaire, la déminéralisation, l'hypofonctionnement des divers organes (2). Et aussi, et ceci ne manque pas d'intérêt pratique, la persistance des troubles psychiques chez un tuberculeux en apparence guéri montre que la guérison n'est pas encore acquise, que les lésions tuberculeuses du poumon sont seulement endormies, et que les troubles psychiques peuvent disparaître lorsque s'accroît la guérison. L'auteur fait la part des troubles mentaux qui sont dus soit à l'infection tuberculeuse elle-même, soit aux infections secondaires. Et sa conclusion très précise est que l'état psychique du tuberculeux est nettement conditionné par son état organique.

(1) GIMBERT. — « Etude sur les psychonévroses au cours de la tuberculose pulmonaire », *Thèse*, Paris, 1907.

(2) Telle est également l'opinion de M. DE FLEURY.

Ameghino et Raimondi ont signalé certains états de confusion mentale au cours de tuberculose pulmonaire, pour lesquels ils admettent plus qu'une coïncidence, en se réservant tout de même pour la nécessité d'un terrain, d'une prédisposition mentale.

Enfin, et pour ne pas allonger outre mesure ces citations, terminons ici en citant les derniers travaux parus, ou ceux qui sont parmi les derniers ; Brousseau (1) attire l'attention, au VIII^e Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord (Québec, 1924), sur certains syndromes psychiatriques de cause physique bien nette, survenant chez les sujets atteints depuis longtemps de tuberculose pulmonaire évolutive. Des deux cas qu'il apporte, le premier se présenta comme un état toxique subaigu qui aboutit en six mois à six accidents de comâ terminés par la guérison, maintenue depuis un an. Chaque fois, la ponction lombaire, très efficace, ne révéla aucune altération du liquide céphalo-rachidien. Un second cas montra, quatre mois après sa sortie du sanatorium, l'évolution d'un syndrome confusionnel typique sans onirisme, qui céda à la ponction lombaire et au régime hyperazoté. Qu'il s'agisse d'effets directs ou secondaires à la toxi-infection, la réaction cérébrale s'exprime sous forme de syndrome confusionnel classique. « C'est, dit l'auteur, à cela que paraît devoir se réduire la psychose tuberculeuse, trop hâtivement individualisée en Allemagne. » « Le caractère passager, termine Brousseau, de ces accidents, est intéressant à connaître, puisqu'il s'oppose à l'internement de semblables

(1) BROUSSEAU. — *De l'étiologie tuberculeuse dans certains syndromes psychiatriques.*

malades, dont l'avenir dépend avant tout de leurs lésions pulmonaires. »

Que penser, à présent, pour notre compte, de l'évolution des idées depuis un siècle, depuis que Pinel, dans sa thèse, parlait de la « folie tuberculeuse », expression restée longtemps classique ? Nous assistons, en effet, si l'on veut bien se souvenir de tout ce que nous venons de résumer plus haut, à l'individualisation très nette d'une « folie tuberculeuse » avec les anciens auteurs (Voisin), au passage progressif, de cette « folie » spécifique et de caractères très particuliers, au polymorphisme le plus marqué des psychoses dues à la tuberculose, puisque Morselli, comme Lépine, comme divers autres auteurs, admet qu'on peut retrouver l'étiologie tuberculeuse à la base de toutes sortes de psychoses. Et l'on a vu enfin Brousseau réduire ces troubles polymorphes à l'unique confusion mentale, qui serait la seule psychose tuberculeuse, que Clouston voulait être la psychose dépressive mélancolique, que Voisin voyait avec tous les caractères de la lypémanie.

Nous croyons en réalité, avec Morselli, avec notre maître, M. le professeur Lépine, que la tuberculose, en tant qu'infection, peut être à la base de tous les désordres psychiques. Et nous admettrons, avec à l'appui les nombreuses observations qui ont été publiées par d'autres que nous, et les quelques observations que nous apportons, que les désordres psychiques, dus à l'infection bacillaire *et que l'on rencontre le plus souvent*, sont la confusion mentale et la démence précoce, surtout en ce qui concerne les tuberculoses latentes. Et même il s'agirait moins peut-être des confusions mentales que de cer-

taines bouffées délirantes plus transitoires, bouffées confusionnelles dont nos observations nous montrent quelques exemples. On a voulu faire ces derniers temps de la confusion mentale type un stade transitoire évoluant peu à peu vers la démence précoce (1), et ceci encore serait en faveur de notre thèse. Les confusions mentales, disons mieux les bouffées confusionnelles toxi-infectieuses, correspondraient à une atteinte de tuberculose latente guérissable et disparaîtraient avec elle ; — les confusions mentales évoluant vers la schizophrénie correspondraient à une atteinte déjà plus profonde de l'organisme par le bacille de Kock, et l'évolution des troubles mentaux vers le marasme de la démence précoce serait d'autant plus rapide que la déchéance d'un corps rongé de tuberculose serait plus marquée.

Comment faut-il, à présent, interpréter l'idée dernière d'Ameghino, qui veut que la psychose ne se développe sous l'influence de la tuberculose que sur un terrain mentalement prédisposé ? Nous croyons que ceci est vrai en partie, et qu'on ne tombe bien, même sous l'influence d'une infection, que du côté où l'on penche. Cette idée, qui n'est en somme pas nouvelle, puisque nous l'avons vue plus haut exprimée par Morel au milieu du siècle dernier, ne laisse pas d'embarrasser d'ailleurs quant à la prédisposition primitive : car si, sous l'influence d'une poussée bacillaire, le prédisposé fait des désordres psychiques, son terrain mental n'était-il pas préparé par une hérédo-dystrophie tuberculeuse, ainsi que l'a montré Morselli ? D'autre part il nous faudra bien admettre des

(1) Voir page 178.

troubles psychiques sans prédispositions, sous la seule influence tuberculeuse.

Nous retrouverons d'ailleurs en partie ces notions, pour les développer à la faveur de la discussion qui naîtra des observations cliniques auxquelles nous allons maintenant passer, et à la faveur de l'explication pathogénique de ces troubles.

CHAPITRE II

Observations cliniques

Nous avons réuni dans ce chapitre un petit nombre seulement d'observations, choisies parmi celles qui ont paru à l'occasion de communications ou d'articles détachés, soit dans des revues psychiatriques, soit dans des revues de médecine générale. Nous leur avons ajouté quelques observations personnelles, de malades que nous avons pu suivre à l'Asile, et nous en apportons une qui s'est terminée par l'obitus, et que nous avons pu compléter par l'autopsie et l'examen histo-anatomique. Quelques autres nous ont été procurées par MM. les professeurs Courmont, Cordier et Devic ; par M. le docteur Bourrat à l'isolement de l'Hôtel-Dieu. La plupart concernent des malades qui ont guéri, sont très améliorés ou sont en cours de traitement.

Un certain nombre d'observations ont été publiées

déjà dans des travaux de ce genre. Nous y renvoyons le lecteur, en particulier à la thèse de La Bonnardière : « Relations entre l'aliénation mentale et la tuberculose, Lyon, 1898 » ; et à celle de Charpenel : « Méningo-encéphalite diffuse tuberculeuse. Y a-t-il une paralysie générale tuberculeuse ? » (Lyon, 1907).

Enfin quelques-unes des observations qui suivent ont été complétées par des examens anatomo et histopathologiques faits sur les indications de médecins particulièrement compétents.

Dans les pages qui suivent, nous avons groupé dans un premier paragraphe les démences précoces ; dans un second paragraphe les confusions mentales ; dans un troisième paragraphe enfin les délires polymorphes, les crises de manie et de mélancolie, qui semblent être moins courantes que les psychoses précédentes. Ceci afin de faciliter la tâche du lecteur et de lui épargner le souci de chercher à travers le dédale de ces observations.

Certaines d'entre elles frapperont peut-être par leur longueur. C'est qu'elles ont été prises, dans les plus petits détails, par des psychiatres habitués à considérer la valeur de chaque petit signe, même banal à des yeux non avertis. Nous avons pensé qu'il valait mieux les publier telles quelles plutôt que de les résumer, en leur conservant ainsi, en dehors de leur intérêt immédiat, un intérêt documentaire qui n'est pas sans importance.

Observations

OBSERVATION I

Psychose toxi-infectieuse tuberculeuse à forme catatonique
du type de la démence précoce. — Mort.

H. Claude et F. Rose. — Société de Psychiatrie de Paris

(*In Encéphale*, 630 et suiv., 19 novembre 1908.)

Marcelle C... entre à la clinique des maladies nerveuses de La Salpêtrière le 2 août 1906. C'est une jeune fille de 22 ans, de constitution moyenne, un peu pâle, ne présentant rien d'anormal dans son allure, ni dans son langage. Elle est venue spontanément à la consultation et a demandé à être hospitalisée, se plaignant d'éprouver, au cours de son travail, des sortes d'absences, remarquées par son entourage, et qui lui avaient valu des réprimandes.

Interrogée sur ses antécédents, voici les renseignements qu'elle fournit. Sa mère, qui était intelligente et cultivée, mourut à 27 ans de phtisie pulmonaire. Le père, d'une intelligence médiocre, a perdu sa fortune, et la famille, habituée à une existence assez large, se trouva réduite à une condition des plus modestes. La jeune fille ne put poursuivre ses études au-delà de l'âge de 14 ans. Mais, après avoir quitté l'école, elle continua à lire beaucoup et à travailler, et son instruction était, en somme, assez développée. Dans son enfance, sa santé était plutôt médiocre, elle contracta la rougeole, la scarlatine, qui évoluèrent sans accidents notables. Elle avait souvent des bronchites, et, au moment de la formation, elle fut assez souffrante pour qu'on l'envoyât passer un an à la campagne. Les règles apparurent à 15 ans et vinrent tou-

jours régulièrement. Vers l'âge de 17 ans, en 1902, elle passa un an en Russie comme institutrice gouvernante. Elle dit que de tout temps elle fut un peu nerveuse, impressionnable. Elle pleurerait facilement. La société lui était peu agréable, bien qu'elle ne fût pas timide. Elle reconnaît qu'elle était souvent plus gracieuse, et avait volontiers une ironie touchant à l'impertinence. Son caractère était, en somme, un peu difficile, aussi était-elle en mauvais termes avec les différents membres de sa famille. Elle s'est brouillée avec son père en janvier dernier, parce que celui-ci avait l'intention de se remarier ; elle aurait été même insolente avec la personne que son père devait épouser. Au point de vue névropathique, elle semble n'avoir eu aucun accident notable, pas de crises nerveuses, même frustes, pas de migraines, pas de tics. Toutefois elle était distraite, peu attentive, suivait volontiers ses pensées, sans souci de son entourage ; enfin elle dit qu'elle prenait facilement les habitudes des personnes avec qui elle vivait. C'est ainsi qu'elle imita pendant quelque temps certains mouvements de main qui étaient habituels à un enfant dont elle eut à s'occuper.

C'est tout ce que l'enquête permit d'obtenir de la malade lorsque nous l'interrogeâmes de façon à éclaircir la nature des absences dont elle se plaignait. Mais s'il était manifeste que cette jeune fille était réticente et qu'elle dissimulait les préoccupations de son esprit comme les troubles qu'elle avait éprouvés dans les derniers temps, en tout cas son intelligence paraissait intacte, la mémoire très bonne, les facultés d'auto-critique normales. Le père nous apprit, d'autre part, que, depuis quelques années, sa fille, qui était gaie autrefois, était devenue taciturne. Son caractère avait toujours été difficile, orgueilleux, et elle avait beaucoup souffert de la perte de fortune subie par sa famille. Elle ne pouvait s'accoutumer à la situation très humble à laquelle elle était réduite. En 1902, elle avait fait la connaissance d'un jeune homme riche avec qui elle se rencontra plusieurs fois ; il y eut échange de lettres, ébauches de projets de mariage ; mais la famille du jeune homme s'étant opposée formellement à cette union, Marcelle dut cesser toute relation avec lui. Elle en conçut un profond chagrin et c'est alors qu'elle partit en Russie. Là, on remarqua son caractère sombre et ses préoccupations, et lorsque, attirée par le désir de revoir le jeune homme, elle voulut rentrer en France, on ne la

retint pas, car on la trouvait bizarre. Le père déclare qu'elle resta toujours absorbée par cet amour déçu. En 1904, elle eut quelques troubles intellectuels qui attirèrent l'attention de son entourage ; à plusieurs reprises, elle affirma avoir été suivie par son ancien fiancé, ce qui était matériellement faux. Un jour, on lui proposa d'épouser un de ses cousins, elle entra dans une violente colère et conserva, depuis cette époque, un ressentiment marqué à sa tante. De plus en plus perdue dans ses pensées qui, vraisemblablement, devaient toujours aller au jeune homme qu'elle aimait, elle devint maussade, triste. A l'atelier de modes où elle était entrée, elle travaillait comme une automate. Rentrée chez elle, elle ne parlait pas à son père. En 1905, celui-ci constata un défaut d'attention, et des pertes de mémoire chez sa fille ; elle perdait les clefs du logement, oubliait parfois les événements les plus récents ; un jour elle lui dit qu'il ne fallait pas manger, et refusa pendant quelque temps de s'occuper de la nourriture et du ménage. Enfin elle se renferma de plus en plus dans son mutisme. Et cependant elle ne parla jamais de la raison de sa tristesse, jamais son père ne la vit pleurer, et elle ne semble pas avoir cherché à savoir ce qu'était devenu le jeune homme. Malgré l'affection dont l'entourait son père, elle quitta la maison et habita quelque temps dans une chambre seule, d'où elle vint, un jour, *spontanément*, à la Salpêtrière.

La malade expose d'ailleurs nettement le caractère de ses absences. C'est l'an dernier, dit-elle, étant en vacances, qu'elle s'aperçut des troubles en question. Elle devenait tout à coup toute différente de son état ordinaire, sans perdre toutefois la notion du lieu ni des choses environnantes. Cette manifestation absolument consciente ne s'accompagnait ni de vertige, ni de fatigue, et ne laissait pas de torpeur cérébrale à la suite. Actuellement, elle reconnaît que, en corrélation avec ses moments d'absence, elle éprouve une impression pénible, à laquelle sa situation sociale et ses relations familiales ne sont pas étrangères. Elle ne peut dire si ces pensées précèdent l'accès ou le suivent. En réalité, lorsqu'on l'observe, on constate que ces « absences » se présentent de la façon suivante : Au cours d'une conversation, on remarque la malade cesse tout à coup de parler ; son regard semble perdu dans le vague, et si on ne sollicite pas un effort de son attention, au bout de quelques secondes, elle reprend sa physio-

nomie habituelle. Cet état ne s'accompagne pas de pâleur, ni rougeur de la face. Le regard n'est jamais fixe, et si l'on réclame une réponse de la malade, elle la donne brièvement, sans interrompre sa rêvasserie. En dehors de ces accès très frustes, Marcelle C.... est calme, et cause peu avec ses voisins de salle. Lorsqu'on lie conversation avec elle, on remarque que sa parole est un peu saccadée, en ce sens qu'elle s'arrête souvent entre deux phrases ; pour chaque phrase le débit est rapide, l'articulation des mots est correcte. Dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, on ne releva rien d'insolite dans son raisonnement, en dehors de ses sentiments hostiles pour sa famille. On ne nota ni tics, ni gestes particuliers. Elle paraissait douce, polie, et si elle était peu loquace, elle n'était pas taciturne, renfermée sur elle-même. Elle prétendait que sa mémoire, qui, en somme, était bonne pour tous les faits récents, subissait parfois des défaillances, des sortes d'arrêts passagers comme les absences. Soumise à diverses épreuves, elle effectue convenablement les opérations simples de calcul mental, toutefois, avec quelque hésitation. Elle ne semble pas avoir d'obsessions, de scrupules, ni de phobies, pas de préoccupations hypocondriaques ; elle n'accuse aucune sensation de malaise en dehors de ces absences, seul phénomène dont elle se plaint. On ne relève chez elle aucune manifestation psychique ou somatique qui puisse faire penser à l'hystérie. Enfin, comme il était difficile de contrôler le bien-fondé des appréciations qu'elle portait sur sa famille, on ne regarda pas tout d'abord comme des idées de persécution les sentiments qu'elle exprimait à son sujet ; quoique déjà on eut été frappé de l'animation inutile qu'elle présentait en parlant de ses parents.

On discuta donc, au début, diverses hypothèses relativement aux troubles présentés par cette malade, mal comitial fruste, état neurasthénique, mais les renseignements fournis sur les antécédents laissaient penser que ce qui dominait c'était une préoccupation mélancolique, une réticence ou un état anxieux difficile à démontrer. Pendant le mois d'août 1906, l'état reste stationnaire, l'attitude et le langage de la malade ne donnèrent lieu à aucune remarque. La santé générale n'était pas mauvaise. La seule constatation à noter du côté des organes fut une tuberculose probable d'un des poumons (modifications légères à l'auscultation et à la percussion). Au début de septembre, son attitude devint plus

renfermée. Elle passait son temps à écrire des lettres qu'elle déchirait, recommençait plusieurs fois. On apprend que ces lettres sont adressées à des personnes de sa famille à qui elle réclame des effets contenus dans une malle et qu'une tante détient chez elle, il s'agit de différentes affaires qui ont été trouvées dans sa chambre et que sa tante a mises de côté pour les lui rendre à la sortie de l'hôpital. La malade s'obstine à penser qu'on veut lui dérober ce qui lui appartient. Elle se plaint qu'on ne lui remet pas ses lettres. On a dû intercepter sa correspondance, car elle envoie tous les jours de nombreuses lettres non affranchies et il y a eu des réclamations. La physionomie de la malade change, les traits sont fatigués, l'appétit presque nul. On a peine à converser avec elle ; elle parle bas, son débit est terne, monotone. Elle s'isole davantage et écrit de plus en plus, en prenant copie de toutes les lettres qu'elle adresse. Un jour elle envoie une plainte au Parquet contre la personne qui gère ses affaires.

A partir de ce moment, il n'est plus question que de ses réclamations. Celles-ci ne sont pas formulées sur un ton vindicatif ; c'est d'une façon calme, avec une sorte d'indolence, qu'elle expose continuellement ses griefs, mais il y a une discordance entre l'intensité de ses préoccupations et la manifestation extérieure de ses sentiments. Quand on lui demande pourquoi elle accuse les personnes de sa famille de lui vouloir du mal, de la voler, elle ne fournit aucune explication. Enfin, au bout de peu de temps, ses accusations prennent une forme indéfinie. On veut la dépouiller ; d'autres fois, c'est *la parente* qu'elle met en cause ; ou bien, parlant de son père, elle dit : Un membre de ma famille. Elle tend à faire des sous-entendus, ou à parler par figures. A aucun moment elle n'a eu de tendances à la violence, elle se lève, circule, mais ne parle à ses voisines qu'incidemment. En somme, il ne s'agit là que de maigres idées de persécution, sans systématisation, sans hallucinations sensorielles, apparaissant sur un fond primitivement mélancolique.

Pendant le mois de septembre, Marcelle C... s'isole de plus en plus, mais elle cesse d'écrire des lettres de réclamation ; en octobre elle passait tous ses jours dans les cours ou dans la salle, occupée à écrire sur des bouts de papier souvent minuscules, des phrases sans signification et qui se répètent ordinairement toujours les mêmes : « Je combats le malheur de mes moyens,

j'écris sous mes moyens, j'ai consommé le malheur de mes moyens, je viens d'écrire avec mes moyens, je dois redouter le grand malheur, je viens d'agir très commandée, etc. ». Elle a couvert ainsi un nombre énorme de bouts de papier, écrivant sans cesse les mêmes phrases, régulièrement, croisant ses lignes, et remplissant ainsi tous les blancs qui peuvent rester.

Si on l'abordait, elle cessait d'écrire, répondait correctement aux questions, la figure toujours triste, figée, et quand on lui demandait pourquoi elle écrivait ainsi, elle prétendait qu'elle éprouvait un soulagement parce qu'elle occupait son esprit sans effort. Un jour on lui proposa de recopier des articles de journaux ; elle copia correctement un long article, mais elle trouva cette besogne fatigante et recommença à écrire des phrases, toujours les mêmes.

Vers la fin octobre, son état physique était meilleur, et elle paraissait moins absorbée. Comme dans la conversation elle revenait toujours sur la malle retenue par la parente, on lui proposa de faire venir cette malle pour qu'elle pût se rendre compte de ce qu'étaient devenues ses affaires. Elle parut heureuse, ses soucis, disait-elle, étaient diminués, elle s'occupa une journée à passer en revue ses vêtements. Le lendemain elle était retombée dans son état taciturne, se plaignant de malaises indéfinissables. Les absences reparurent pendant quelque temps. En essayant de lui faire préciser la nature de ses malaises, elle est prise d'une crise de larmes. Elle continue à écrire, multipliant les lignes les unes au-dessous des autres, en long et en large ; comme on lui proposait de quitter l'hôpital parce que sa santé générale paraissait meilleure, elle déclara qu'elle ne se sentait pas en état de partir, qu'elle était encore malade.

Le 5 novembre, nous notions que les idées de persécution paraissaient avoir disparu. On ne relevait aucun trouble vésanique bien net, mais seulement une certaine indifférence générale ; depuis son entrée dans le service, elle avait toujours mal accueilli les visites de son père ; elle se montra dans les derniers temps encore plus désagréable, hostile même. Le père, désolé de cette attitude de sa fille, déclare ne savoir à quoi attribuer cette aversion.

Le samedi 10 novembre, elle se refuse de se lever ; elle reste dans son lit, immobile, ne répondant que difficilement et par

monosyllabes. Elle a uriné dans son lit, elle refuse de s'alimenter spontanément, mais mange quand on la fait manger.

15 novembre. — Depuis quelques jours elle reste étendue dans son lit, sans faire un mouvement, les yeux grands ouverts. Elle ne change pas de position, mais n'a pas d'attitude catatonique. Si on la pique, elle n'accuse pas de douleur, sa pupille ne se modifie pas, et cependant elle dit qu'elle sent ; la piqure ne saigne pas. Elle dit qu'elle a mal à la tête. La température est normale, le pouls régulier. Pas de troubles gastro-intestinaux, pas de vomissements.

16 novembre. — Même état de stupeur. Elle dit qu'elle va très mal, demeure immobile sur sa chaise ou dans son lit, le regard vague. Elle s'alimente un peu. Elle a redemandé papier et crayon pour écrire. Tremblement de la langue. Pas de catatonie. La sensibilité est très émoussée. En explorant la sensibilité aux membres inférieurs, elle a dit un moment : *plus mal*, et a retiré sa jambe. Aux membres supérieurs, elle dit : *moins mal*. Il semble donc qu'elle sente, mais ne réagisse pas ou ne soit pas impressionnée douloureusement. La douleur paraît s'épuiser en tant que perception douloureuse, car si on la pique plusieurs fois très vivement dans la même région, elle dit, à la quatrième ou cinquième : moins mal. S'agit-il d'un effort croissant de volonté pour ne pas trahir sa souffrance, ou d'un épuisement de sa sensation douloureuse ? A l'épreuve des tubes chaud et froid, à un moment elle a confondu le tube chaud avec le froid aux membres inférieurs, puis après quelques épreuves, les réponses ont été justes.

La motilité est normale ; la faiblesse générale est néanmoins assez grande. Les réflexes rotuliens sont normaux. Le réflexe de l'orteil est en flexion. La pression des zones ovariennes ne donne pas de réactions. La pression de la région mammaire à gauche ne provoque pas de mouvement de défense, mais elle dit : très mal. Elle a dormi un peu, sans agitation ni délire ; n'a plus uriné dans son lit, mais réclame le bassin.

La ponction lombaire ne révèle pas la présence d'éléments figurés ni d'albumine. Le liquide s'écoule sous une pression forte.

17 novembre. — La malade conserve toujours la même immobilité, mais ne répond plus aux questions. On doit la faire manger. Pour la première fois on constate nettement la flexibilité cireuse et les attitudes cataleptoïdes qui vont désormais persister pendant

toute la durée de la maladie. A la main gauche, on constate une série de *petits mouvements des doigts*, rappelant le tremblement parkinsonien, mouvements de flexion des doigts, acte de rouler une boulette, etc.

19 novembre. — Etat catatonique persistant. La langue n'est pas chargée, l'haleine n'est pas fétide. Pas de température ; mutisme ; analgésie à la piqûre. Ne gâte pas, réclame le bassin. Elle s'est levée pour aller au bain, et marchait d'une façon automatique, en regardant fixement devant elle. Après le bain, tendances syncopeales, sueurs froides.

25 novembre. — Même état. Mutisme ; immobilité complète. Catatonie avec flexibilité cireuse des membres. Ce matin elle a eu une grande crise de larmes ; d'ailleurs, quand on lui parle, elle a souvent les larmes aux yeux. Pas de négativisme, s'alimente quand on la fait manger. Analgésie ; elle ne paraît sentir la douleur que quand on transperce la peau. Epistaxis ; pouls 80, régulier. Pression artérielle 11 au Pachon. Pas de fièvre.

Etat semblable en janvier, février 1907, avec peut-être œdème, bouffissure de la face. Réflexes tendineux sont devenus très forts. Piqûres, pincements, brûlures, ne donne de réactions sur aucun point du corps, sauf une zone d'hyperesthésie qui produit des réactions bizarres au-dessous du sein gauche. *En mars*, elle lisait correctement un article de journal et en résumait brièvement le sens, mais garde toujours le même aspect d'automate, figé.

Depuis le mois de mars, et les mois suivants, l'état reste stationnaire.

En juillet, la situation s'aggrave de nouveau. On ne peut lui faire quitter son lit que de force ; expectoration mucopurulente. Elle refuse les aliments. Elle reste des heures entières assise sur le lit, la tête fléchie en avant, le menton touchant le sternum, et exécute des mouvements réguliers d'extension et de flexion des avant-bras et du thorax. Parfois elle pousse des gémissements et même des cris.

Le 9 juillet, son attitude change un peu : la physionomie reste contractée, mais les traits sont plus animés. Elle est rouge, se plaint de souffrir de la tête, réclame plusieurs fois à boire ; température 38, pouls 130, régulier. Elle interpelle les infirmières par leur nom.

Les signes stéthoscopiques sont plus accusés au sommet droit :

craquements, râles sous-crépitants ; respiration soufflante à gauche. Urines normales, abondantes. Estomac dilaté.

Les règles sont venues régulièrement jusqu'à présent, mais on remarque, depuis quelques jours, une leucorrhée, et même des pertes roussâtres.

Cet état fébrile s'atténue les jours suivants et la malade retombe dans son immobilité habituelle.

En novembre 1907, même immobilité, mêmes attitudes catatoniques. On était obligé de la nourrir, uniquement de liquides, en lui pinçant le nez, car elle refusait de mastiquer.

Décembre 1907. Même état de stupeur, d'indifférence. Amaigrissement considérable. Pas d'épisodes aigus fébriles. Impossible sans contrainte de la faire lever, alimenter, etc. Toujours cette zone d'hyperesthésie de la région sous-mammaire gauche, et alors qu'on ne peut rien obtenir habituellement, on constate, quand on presse sur cette zone, qu'elle pousse des cris et on arrive même à lui faire faire des actions, comme si on l'avait réveillée. Toujours, de temps en temps, des crises de larmes.

Janvier 1908. Après période de stupeur et d'immobilité prolongée, elle a paru, pendant quelques jours, un peu plus animée. Elle a parlé deux ou trois fois.

En février, elle garde la même immobilité, les mêmes attitudes catatoniques. L'état général est de plus en plus mauvais, amaigrissement et anémie considérable, quoique l'alimentation soit très suffisante. Pas de température, pas de transpiration. Pouls régulier. Il y a des râles crépitants aux deux sommets. De temps en temps la malade réclame à manger.

Mars. Même état, cachexie progressive. Elle ne tousse pas, n'a pas de diarrhée ni de vomissements. Pas de fièvre, pas d'albumine dans les urines. Ponction lombaire négative. Elle reste étendue sans mouvement. La salive, mêlée de crachats mucopurulents, coule constamment de la bouche. Malgré cette apparence d'indifférence, de temps en temps, elle prononce quelques mots. On constate un léger degré de bouffissure de la face, un peu d'œdème des membres inférieurs. Rien au cœur. Pas d'escarres. Signes de ramollissement peu avancé des deux sommets.

Avril. La faiblesse progresse, malgré une alimentation normale, sans incidents, et qu'on ait employé tous les stimulants. Etat

squelettique, mais pas d'escarres. Etat psychique sans changement.

L'affaiblissement progresse toujours, la respiration devient gênée, bruyante. Nombreux ronchus. OEdème des membres s'accroît. Pouls petit, mais régulier. Pas de température ni de transpiration. Mort le 21 avril 1908.

En somme : Jeune fille de 22 ans. Hérité tuberculeuse, antécédents bacillaires personnels. Chagrins, déception amoureuse, bizarreries, tristesse, avec peu à peu quelques idées de persécution; état mélancolique, stéréotypies graphiques, plus torpeur avec immobilité et attitudes catatoniques. Evolution parallèle de la tuberculose pulmonaire

Autopsie Cadavre émacié. Maigreur extrême. Atrophie musculaire considérable. OEdème de la face, des membres inférieurs et des mains. Pas de putréfaction. Rien à noter à l'ouverture du crâne. Pas d'adhérences ni d'épaississement de la dure-mère. Conformation normale des diverses parties du cerveau. OEdème cérébral; issue de liquide céphalorachidien. Rien à noter à l'ouverture du canal vertébral. Congestion encéphalique et médullaire. Espaces sous-arachnoïdiens distendus par le liquide. Poids du cerveau : 1200 gr. Glande pinéale volumineuse, méninges épaissies autour de la glande.

Ouverture du thorax : liquide péricardique abondant, sans fibrine, hydropéricarde probable. Cœur très petit contracté en systole, 250 gr. Vaisseaux de la base très peu développés, surtout l'aorte; orifice aortique 5 cm. de circonférence. Artère pulmonaire 6 cm. 5. Orifice mitral étroit, laisse passer un doigt. Pas de lésions valvulaires.

Poumons : Tuberculose des deux sommets, sans cavernes pulmonaires. Masse fibro-crétacée indurée diffuse dans les sommets. Congestion et oedème dans le reste des poumons. Pas d'épanchement pleurétique. Epaississement scléreux des plèvres. Rien à noter dans le médiastin, sauf des ganglions anthracosiques. Foie congestionné, petit, 950 gr. Pas de péritonite tuberculeuse, pas d'adhérences des organes. Estomac, intestins, pancréas, normaux. Reins petits. Substance corticale très diminuée d'épaisseur. Décortication très difficile. Substance médullaire congestionnée. Surrénales volumineuses, 21 gr. les deux. Hypophyse petite, rate

petite, scléreuse. Organes génitaux normaux. Corps thyroïde : 21 gr. 50.

Examen anatomique : Cerveau. A un examen plus attentif du cerveau, nous ne remarquons pas d'atrophie des circonvolutions : les méninges molles dans les régions frontales et périrolandiques, ainsi qu'au niveau de la scissure interhémisphérique, sont très épaissies, opaques, grisâtres par places, aspect contrastant avec leur apparence normale dans la moitié postérieure du cerveau. Sur certaines parties des II^e et III^e circonvolutions frontales, la pie-mère a même un aspect ardoisé, pigmenté, formant une sorte de piqueté noirâtre. Pas de foyers d'hémorragies ni d'encéphalite appréciable à l'œil nu. Dans le corps calleux, on trouve des parties ayant une coloration légèrement grisâtre, formant des sortes de taches. Les noyaux gris sont congestionnés, ainsi que les plexus choroïdes. Les ventricules contiennent une notable quantité de liquide, en rapport avec l'œdème cérébral et méningé.

En effet, les espaces arachnoïdiens sont manifestement infiltrés de liquide séreux. La pie-mère se détache facilement et l'on n'observe pas d'érosions manifestes de cerveau après la décortication.

Etude histologique : Méthode de Nissl, Pal : coloration au Van Giësen hématoxyline, éosine, thionine.

Résumé : Exsudat œdémateux dans les espaces sous arachnoïdiens, inflammation chronique à des stades divers, avec petites hémorragies méningées. Au degré le plus avancé, épaississement fibreux des méninges par endroits. Pas d'inflammation aiguë diapédétique. La recherche du bacille de Koch dans les coupes des méninges a été négative.

Ecorce cérébrale : la couche moléculaire est peu épaisse, légèrement infiltrée par l'œdème sous pie-mérien. Un léger degré d'attrition de la substance nerveuse. Les vaisseaux sont entourés souvent d'une zone périphérique où l'œdème est manifeste. Dans la couche des petites cellules pyramidales, cellules névrologiques en voie de prolifération et on met en évidence des modifications dans la forme des cellules et leur colorabilité. Mais, dans la partie inférieure des grandes cellules pyramidales et dans la zone des cellules polymorphes, altérations très manifestes : multiplication des cellules névrologiques, augmentées de nombre et de volume, plus nombreuses autour des capillaires et surtout des cellules nerveuses. Réaction manifeste de la névroglie. Les cellules ner-

veuses ont tous les aspects de la désintégration moléculaire à des degrés divers. Ces altérations prédominent surtout, bien que généralisées, dans les circonvolutions frontales et dans celles de la zone motrice.

Les vaisseaux apparaissent plus nettement qu'à l'état normal. Ni endartérite, ni périartérite. Les capillaires sont également plus distincts qu'à l'ordinaire.

Le cervelet est sensiblement normal. Le corps calleux : l'examen microscopique a montré des aspects en rapport avec des lésions inflammatoires d'un type très particulier, en foyers nettement distincts des parties environnantes, avec une prolifération des fibrilles névrogliques, des cellules et une multiplication des capillaires.

Les nerfs périphériques sont normaux. Les autres organes n'avaient rien de spécial. L'examen histologique des poumons a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose fibreuse avec lésion de pneumonie chronique.

L'histologie des capsules surrénales est intéressant à relever ici : peu volumineuses, à peu près normales dans leur structure histologique. Légère sclérose péri capsulaire. Dans la corticale, les éléments sont plutôt de petite taille ; les spongiocytes sont peu abondants et petits. La médullaire est bien constituée, mais les cordons cellulaires sont peu colorés ou en général retracts, tortueux. En somme, pas de caractères histologiques d'hyperactivité fonctionnelle.

L'hypophyse, la thyroïde et les parathyroïdes sont normales. Le pancréas présentait de l'hyperplasie langheransienne.

Résumé : La prédominance du processus scléreux, sans réactions inflammatoires diapédétiques, est en faveur de l'hypothèse d'une intoxication d'origine tuberculeuse, distincte des tuberculoses atypiques non folliculaires. Nous n'avons pu, en effet, déceler le bacille de Koch dans ces lésions. Aussi nous semble-t-il plus rationnel de mettre en cause les poumons, et peut-être les ganglions lymphatiques comme foyers d'élaboration des produits sclérosants.

En dehors de l'œdème, accident variable et peut-être seulement terminal, nous devons attacher surtout une grande importance aux lésions méningées et à celles des fibres et cellules du cortex, qui, jointes aux foyers de sclérose névrologique du corps

calleux, traduisent bien l'existence d'un processus toxi-infectieux en évolution. Notre malade étant en puissance de tuberculose depuis longtemps, l'hypothèse d'une intoxication tuberculeuse **subaiguë** ou chronique, nous paraît mériter de retenir l'attention : **donc** : **méningo** encéphalite chronique par intoxication tuberculeuse, et **non** encéphalite chronique tuberculeuse, même atypique.

Nous pouvons donc admettre chez **notre** malade, une disposition organique, constituée par l'*héréd dystrophie bacillaire*. Sur un terrain semblable, le surmenage intellectuel, les **préoccupations** morales et les émotions ont pu créer une véritable usure fonctionnelle des centres nerveux. L'intoxication lente provoquée par la diffusion dans l'organisme de poisons secrétés au niveau des foyers tuberculeux dont l'activité s'est réveillée, réalisa ensuite les altérations méningo-encéphalitiques auxquels nous attribuons les accidents psychiques.

OBSERVATION II

Tuberculose, démence précoce catatonique. — Mort.

(J. Lépine et Taty. — *Encéphale* 1910, p. 430 et suiv.)

A..... Michel, 25 ans, Etudiant en médecine.

De nationalité bulgare, le malade entre le 21 novembre 1904 à l'Asile de Bron, service de M. Rousset, d'où il passe, quelques jours plus tard, au pensionnat, service de M. le professeur Lépine.

C'est une sorte de géant, 1 m. 86 environ, solidement charpenté, mais amaigri. Les massifs osseux épais apparaissent sous une musculature déjà réduite. Il est dans la stupeur complète, immobile, indifférent, catatonique et muet. Les seuls renseignements que l'on ait sur lui proviennent de ses camarades d'études, de ses compatriotes surtout, et du service de M. Lannois, à Saint-Pothin, d'où il a été transféré à Bron.

On apprend ainsi qu'il est le fils de paysans aisés. Son père est mort cardiaque et sa mère d'affection inconnue. Il a eu deux frères, qui sont en bonne santé. Quant à lui, on ne sait rien de précis sur son enfance ; il semble pourtant, d'après ce que raconte ceux qui l'ont connu étudiant, qu'il n'a jamais eu de graves maladies. Son développement intellectuel s'est fait lentement et

péniblement, il était en retard pour ses études secondaires, et avait à peine ébauché les débuts de son instruction médicale depuis trois ans qu'il était à Lyon. Il n'avait encore passé aucun examen, non qu'il fut paresseux, mais par son insuffisance mentale.

En dehors de son travail, son intelligence générale manifestait la même faiblesse. Vivant dans un groupe de ses compatriotes, il ne partageait ni leurs préoccupations, ni leurs plaisirs. Les événements politiques de son pays le laissaient indifférent, il assistait aux discussions de ses camarades sans jamais y prendre part, et l'on avait remarqué, depuis longtemps, qu'il souriait de temps en temps, et que ce sourire n'exprimait pas chez lui une opinion, mais qu'il survenait sans motif.

Toujours silencieux, s'isolant facilement, il avait passé d'abord pour morose, puis pour distrait. De fait, la plupart du temps sa pensée était absente. Il restait presque tout le jour dans sa chambre d'étudiant, en face de ses livres, mais il était visible que, depuis longtemps, il ne peinait point pour apprendre, et qu'il n'y avait, dans cette assiduité au travail, qu'une marque de l'automatisme de son esprit. Il avait contracté la syphilis, disaient ses camarades, peu après son arrivée en France, et l'avait fait soigner convenablement par un médecin de valeur. Il ne présentait, en tout cas, aucun signe de syphilis à son entrée à l'Asile.

Dans les derniers mois de 1903, présentant déjà depuis longtemps ces singularités de caractère, il avait été très affecté par des difficultés d'argent. Ses frères, restés en Bulgarie, mettaient quelque irrégularité à lui envoyer des subsides, et bien qu'en fait il ne manquât de rien et n'eût pas de dettes importantes, il s'inquiétait de l'avenir. Il devenait en même temps, irritable, avait des mouvements d'humeur. Un jour, à la suite d'une discussion avec un camarade, il aurait eu dans son service d'hôpital une sorte de crise avec chute et perte de connaissance très courte. Il a été malheureusement impossible de retrouver des témoins oculaires de cet incident. Six mois avant, au cours d'un voyage à Chamonix, il aurait eu dans des conditions analogues une crise de ce genre, moins forte pourtant.

En décembre 1903, il se mit à dire qu'on se moquait de lui, qu'on le poursuivait dans les rues ; il semble qu'il ait eu à ce

moment, à la fois des interprétations délirantes et quelques hallucinations. Depuis les premiers jours de janvier 1904, il ne sortit plus de sa chambre qu'à de lointains intervalles ; il y restait tout le jour, rideaux baissés, lampe allumée.

Le 24 février 1904, il arrive à trois heures du matin chez un de ses amis et lui demande l'hospitalité ; il était en proie à des hallucinations angoissantes ; tout le monde de montrait du doigt, on sifflait sur son passage parce qu'il avait des dettes, il se sentait en danger, etc. Il se calme un peu le lendemain et rentre chez lui. Trois jours après, en entrant dans sa chambre le matin, ses amis le trouvent dans son lit, sans connaissance, dans le coma. On s'assure qu'il n'y a aucun indice de suicide et on l'apporte à Saint-Pothin, où il est reçu dans le service de M. Lannois.

Le coma persiste tout le jour, les membres sont raides. Il ne réagit plus aux excitations. Dans la nuit, le malade revient à lui et prononce en bulgare quelques paroles, mais au matin il semble à nouveau dans le coma, sans réactions à la piqure.

Le lendemain, il se réveille, prononce en français quelques paroles de temps en temps pour demander ce dont il a besoin, mais il ne répond pas aux questions. Les pupilles sont égales, de dilatation normale et de réaction satisfaisante ; les réflexes rotuliens sont nets, la sensibilité cutanée à la piqure est, sur tout le corps, très diminuée, sinon absente, mais on constate une zone hystérogène au testicule gauche. Les sphincters sont continents ; il n'y avait eu de rétention que pendant les heures de coma.

Les jours suivants, l'état se modifie peu, le malade se fixe dans la stupeur. La respiration est fréquente, souvent entre 30 et 150. Le malade obéit lorsqu'on lui dit de s'asseoir ou de se lever, mais ne parle plus que de très loin en très loin. On lui donne de la belladone à l'intérieur et de la strychnine en injections, sans résultats.

Le 16 mars, on note un mutisme complet, qui n'a pas cessé depuis. Il passe près d'un mois au lit, immobile avec du négativisme, n'obéissant plus à aucune suggestion. Vers le milieu d'avril, il se lève de nouveau, s'assied sur une chaise où il reste des heures sans mouvements, ou bien il se promène à grands pas dans la salle. Il obéit à quelques ordres précis et simples,

mais n'a aucune initiative. Il ne se sert plus de sa cuiller et de sa fourchette, et prend ses aliments avec ses doigts. Ses yeux sont constamment mi-clos ; sa tête, d'une manière permanente, est inclinée en avant. Pas de modifications sensibles pendant les mois suivants. On le transfère à l'Asile de Brön, le 21 novembre 1904.

A l'entrée, il est au lit, dans la stupeur. Il se tient couché en chien de fusil si on lui présente des aliments, il mange, puis se replonge dans ses draps.

Au commandement il se lève, marche, s'assied, se recouche, mais c'est tout ce qu'on peut obtenir de lui. Il ne parle jamais. Parfois, lorsqu'on s'adresse à lui, il sourit légèrement, sans regarder son interlocuteur. Il a de temps à autre, spontanément, ce même sourire sans expression. Les réflexes rotuliens sont très faibles, presque impossible à percevoir. Les réflexes cutanés sont exagérés ; il y a de l'hyperesthésie généralisée. Les pupilles réagissent à la lumière, mais sont un peu paresseuses.

L'examen physique permet de constater de la submatité aux deux sommets pulmonaires, avec râles secs et humides à gauche.

Les autres appareils sont sains, l'urine ne contient pas d'éléments anormaux, la tension artérielle varie entre 18 et 19.

Le 17 janvier 1905, on injecte 900 cm³ de sérum artificiel contenant un centigramme de biodure de Hg. Réaction fébrile à 39.5, sans modifications de l'état mental. Du 5 au 15 avril, on fait encore huit injections de un centigramme de biodure et du 5 au 24, deux injections de deux centigrammes. On cesse alors jusqu'au 3 mai ; puis nouvelle série d'injections, du 3 au 6 mai, de un centigramme, et, du 6 au 14 de deux centigrammes. On cesse alors définitivement les injections de biodure de mercure, qui n'ont produit aucun résultat appréciable.

Pendant toute cette période et les mois suivants le malade reste dans la stupeur, le plus souvent assis, les mains sur les cuisses, le tronc légèrement penché en avant et la tête très fortement fléchie sur le tronc. Parfois aussi il demeure des heures entières debout face à un mur, les bras allongés verticalement, la tête également fléchie au maximum, le vertex touchant presque le mur. Stéréotypie des attitudes provoquées, rictus, moues et grimaces de la bouche, négativisme avec mouvements brusques, et parfois violents. Un de nos collaborateurs, de nationalité bulgare

comme le malade, le voit chaque jour à plusieurs reprises, et s'efforce en vain d'entrer en communication avec lui en lui parlant, dans sa langue maternelle, du pays natal. D'autres de ses amis viennent également sans plus de succès. A aucun moment il n'a semblé les reconnaître ou les comprendre. On lui a présenté des lettres de ses frères, sans pouvoir attirer son attention sur elles et obtenir de marque quelconque d'intelligence.

Même état de la sensibilité générale et des réflexes qu'à l'entrée. Les troubles vasomoteurs (oedèmes, cyanose des extrémités) ont été permanents. Le cœur s'est montré, à diverses reprises, irrégulier et rapide, avec tendance fréquente au galop. La pression artérielle est devenue assez rapidement basse, après avoir été normale ou même élevée. L'alimentation s'est longtemps maintenue régulière. Le malade ne faisait pas de difficultés pour manger, mais dans l'intervalle des repas il n'avalait qu'une petite quantité de salive, laissant s'en écouler continuellement la plus grande part.

Malgré un traitement approprié (arsenic, créosote en lavements) la tuberculose fit de rapides progrès. Au milieu de l'été 1906 le malade était parvenu à un degré d'émaciation extrême. Il ne fut cependant confiné au lit que pendant les dernières semaines, et mourut, sans incidents et sans modifications de son état mental, le 8 novembre 1906.

Autopsie environ 26 heures après la mort.

Les poumons sont atteints tous deux de tuberculose. Le gauche pèse 770 gr. Il porte au sommet une vaste caverne, au sein d'un bloc ramolli, entourée d'une coque fibreuse épaisse, avec symphyse pleurale complète au sommet, adhérences multiples et pleurésie séropurulente enkystée de la base. Le poumon droit (poids 870 gr.) présente d'anciennes lésions tuberculeuses cicatrisées, dans une zone emphysémateuse et un semis de granulations récentes.

Le cœur (270 gr.) est petit et sans lésions. *La rate* (170 gr.) est très congestionnée et difflue. *Les reins* (170 et 165 gr.), sont très congestionnés, mais sans lésions apparentes.

Le foie (1700 gr.) est gros, dur et porte à sa surface des sillons profonds, correspondant à des bandes de scléroses et diverses cicatrices étoilées et dures, dont l'origine syphilitique est évidente.

Les surrénales sont congestionnées ; le *corps thyroïde* est sain.

L'encéphale est assez congestionné, surtout sur les régions pariétales. La dure-mère présente quelques adhérences au crâne. Le liquide céphalorachidien, clair, est d'abondance exagérée. En égard à la capacité crânienne, le cerveau et le cervelet sont petits. Adhérence nettes de la pie-mère, très légèrement épaissie, surtout au niveau des lobes frontaux : on érode la surface cérébrale en arrachant la méninge. Adhérences serrées des méninges à la fois au crâne et au cerveau, au niveau du sillon interhémisphérique, surtout dans la région paracentrale, mais on y trouve aucune trace de granulations tuberculeuses. L'apparence du reste du système nerveux est normale.

Examen histologique. — A montré les lésions les plus intéressantes au niveau des régions pariétales. Au niveau des points ulcérés par l'oblitération de la méninge, la zone moléculaire est totalement détruite ; la couche des petites pyramidales est mise à nu. Entre les cellules, des traînées de globules rouges extravasés pénètrent jusqu'à la couche des pyramidales moyennes. La forme de la cellule est en général conservée, mais il n'y a plus de trace de grains chromatophiles ; le noyau est indistinct, de nombreuses cellules sont remplacées par des amas de noyaux. Quelques grosses cellules pyramidalés sont relativement conservées. Les capillaires sont dilatés et remplis de globules rouges, mais il n'y a aucune trace de lésions des parois vasculaires, pas de globules blancs dans les gaines. Il existe, par contre, une prolifération névroglique intense à la fois dans la substance grise et dans la substance blanche, sans grosses cellules en araignée, mais avec une augmentation considérable des fibrilles névrogliques.

Dans les régions frontales, l'aspect général est le même, surtout en ce qui concerne les lésions cellulaires, mais le processus de destruction est encore beaucoup plus marqué. Les infiltrations sanguines font défaut.

Dans le cervelet, lobes latéraux, une atrophie générale et bilatérale, avec diminution des cellules de Pürkinje. Les cellules étoilées de la couche moléculaire sont très atteintes, et réduites pour la plupart au noyau. La couche des grains paraît indemne. Les vaisseaux des méninges sont dilatés et gorgés de sang, mais il n'y a ni diapédèse, ni lésions vasculaires.

La moëlle cervicale montre un épaississement des méninges avec vaisseaux dilatés et gorgés de sang, et des cellules radicu-

lares atrophiées et dégénérées. Les fibres à myéline sont diminuées de volume.

En somme : Individu de 25 ans, d'une intelligence première faible, syphilitique. Tuberculeux. A présenté des troubles mentaux à début par forme hétérophrénique, ayant évolué sous la forme catatonique de la démence précoce.

Les lésions méningées ne furent pas intenses, mais il y a de remarquable la coexistence de la tuberculose : on ne peut dire que les cas sont seuls toxi-infectieux dont les lésions méningées sont intenses. Il y a certainement des sujets dont les cellules nerveuses, particulièrement vulnérables, succombent devant une intoxication insuffisante pour produire des désordres importants de l'appareil vasculo conjonctif. Ce sont les cas purs de Klippel. Mais entre ces cas et les méningo-encéphalites infectieuses, n'y a-t-il pas tous les intermédiaires (Claude et Marchand) ? Le cas précédent semble être de cette catégorie.

Il est plus utile de rechercher la part de l'infection dans ces cas, plutôt que les conséquences anatomiques de cette infection. Nous devons remarquer, dans cette observation, la coexistence de la syphilis, ayant donné des lésions importantes du foie, mais dont le traitement spécifique a été sans action sur les accidents cérébraux.

Récemment, Régis attirait l'attention sur les associations de la syphilis et de la tuberculose à l'origine des diverses manifestations des états démentiels juvéniles. Peut-être cette étude vaut-elle d'être poursuivie, appliquée à la fois à la PG, aux méningo-encéphalites des PG, et à tous leurs intermédiaires.

Peut-être la syphilis joue-t-elle le rôle de sensibilisateur, à l'égard des cellules cérébrales médullaires, en les mettant à la merci des infections massives comme la tuberculose.

OBSERVATION III

Tuberculose et démence précoce.

(PIERRE KAHN et GALLAIS). — *Encéphale*, 17 avril 1913

P..., 19 ans, tailleur, entre à la clinique le 30 octobre 1912, sur la recommandation de M. Dufour, et pour les troubles mentaux suivants : « Depuis un mois environ, nous dit M. Dufour, P... est devenu renfermé, il a présenté quelques idées de persécution contre les infirmières et les médecins, puis il aurait pré-

centé des illusions et peut-être des hallucinations visuelles, et son délire a semblé se préciser quelque temps. Il croit que l'on veut faire des expériences sur lui, et reproche à M. Dufour d'avoir transformé la pleurésie pour laquelle il est soigné en épanchement purulent. Pendant trois jours et trois nuits, il s'est masturbé sans arrêt, est devenu excité, impulsif. Il a jeté son urinal à la figure d'une infirmière, a démonté le poêle. Il prend des attitudes bizarres qu'il a stéréotypées. Il est par moment résistant, opposant ».

Antécédents familiaux. — Né d'un père gastropathe, actuellement âgé de 45 ans, et d'une mère nerveuse, aujourd'hui âgée de 45 ans. P.... est l'aîné de quatre enfants. Ses deux frères, respectivement âgés de dix-huit et treize ans, sont très bien portants, ainsi que sa sœur qui a cinq ans. Il a, en outre, perdu, il y a quatorze ans, un frère de neuf mois et demi, ayant présenté des convulsions; une autre sœur est morte à six ans, il y a quatre ans, de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — P.... s'est caractérisé comme un déséquilibré dès l'enfance. A quinze ans (il y a quatre ans) sa vie est devenue franchement irrégulière; il fit ménage à trois, et se mit à voler fréquemment. Interné dans une maison de correction, il en sort sur la demande de son père pour être transféré à l'hôpital Broussais, où M. Dufour l'a soigné pour les lésions suivantes : péritonite tuberculeuse à forme ascitique traitée et guérie par héliothérapie de l'abdomen. Après la guérison de cette péritonite apparaît une pleurésie double, avec épanchement beaucoup plus abondant à gauche qu'à droite. M. Dufour pratique plusieurs ponctions de chaque côté, avec chaque fois pneumothorax thérapeutique, et continue l'héliothérapie exclusivement abdominale jusqu'à l'automne. Dès le début des accidents, on a constaté des lésions de ramollissement du sommet droit avec présence de bacilles dans les crachats. La fièvre, à type subaigu, se traduit par une température oscillant tous les jours entre 37° le matin et 38 le soir. Le liquide céphalo-rachidien ne contient ni albumine ni lymphocytes. On remarque, en outre, des cicatrices d'une ancienne adénopathie tuberculeuse du cou.

C'est au cours de ce traitement d'héliothérapie que se déclarèrent les premiers troubles mentaux, pendant que rétrocédaient, au contraire, les exsudats séreux.

A son entrée à la clinique, le malade se présente sans saluer, il ne parle pas, néglige de se moucher et même d'essuyer les mucosités qui s'écoulent des fosses nasales. Il reste debout, immobile, les mains dans les poches, et refuse de s'asseoir. Il sait qu'il vient de Broussais, qu'il est apprenti bijoutier, mais ne semble pas se souvenir de la date où il a interrompu son travail. Il fait pourtant effort pour retrouver ses idées, et reconnaît effectivement les objets qu'on lui présente. En outre, nous constatons de l'indifférence émotionnelle, avec quelques idées vagues de persécution et du négativisme. Le malade oppose et garde certaines attitudes cataleptoïdes provoquées *parce qu'il ne veut pas livrer son secret, — parce qu'il veut que ses parents vivent — parce qu'on l'a travaillé*; « on sait aussi bien que lui pourquoi il résiste aux ordres ». Ces symptômes sont d'ailleurs très mobiles, et varient d'une heure à l'autre pour faire place à des impulsions et à des phénomènes d'agitation diffuse (cris, chants, insomnie).

A part un degré assez accentué de maigreur, le malade ne présente comme signes physiques pathologiques qu'un peu d'obscurité respiratoire et de submatité aux bases. Il n'y a pas, à son entrée, de signes de gros épanchement pleural. La température est à 37°; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine; cœur normal.

Mais, le 14 novembre, deux jours après son entrée, la scène change brusquement. Un œdème généralisé se déclare, sous-cutané, pâle, prédominant aux membres inférieurs. En même temps, on constate à l'auscultation, une pluie de râles fins aux deux bases. La température est encore à 36,8, le pouls est filiforme et très hypotendu (8 mx au Pachon). Une saignée de 80 gr. ramène un sang noir et visqueux. Ventouses, théobromine.

Le 15 novembre 1912. — La température s'élève à 39° brusquement. Le pouls bat à 110, et la tension s'élève à 12 mx. On compte treize-deux respirations à la minute. L'œdème diminue, on a recueilli un litre d'urine. Des râles sous-crépitaux s'entendent encore à la base droite. A gauche, ils sont cachés par une obscurité respiratoire absolue, sans souffle. En avant, sibilances, au-dessus de la matité pleurale. De ce côté, une ponction exploratrice ramène un liquide jaune citrin clair avec leucocytes en cytolyse.

Du 16 au 19 novembre. Sous l'influence du régime lacté, la

diurèse se rétablit, et l'œdème diminue rapidement. Pendant ce temps, l'état mental ne se modifie pas sensiblement. Ce qui domine, c'est la lenteur des réponses et leur non-adaptation aux questions posées. Le malade geint, appelle, paraît répondre à des hallucinations auditives. Il exécute des ordres simples, mais ne répond pas aux questions un peu longues; enfin, il présente toujours un certain degré de négativisme. Les pupilles sont en mydriase, surtout la gauche. Il n'y a ni Kernig, ni troubles des réflexes, ni de la sensibilité. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Du 23 novembre au 2 décembre. — La température oscille autour de 38°. Le poulx est petit, l'œdème variable suivant que le malade est ou non au régime déchloruré. La submatité persiste des deux côtés. On ne distingue ni souffle ni râles fins, mais quelques gros ronchus leur font place.

L'état mental est toujours le même. Le malade est tantôt dans la stupeur, tantôt agité; il crie alors, émet des propos incohérents en rapport avec des préoccupations pénibles. Il a toujours une tendance aux attitudes cataleptoïdes provoquées.

Le 15 janvier 1913. — L'œdème est résorbé et l'épanchement pleural disparaît progressivement. Le malade répond mieux aux questions posées. La température est revenue à 37° et y demeure depuis cette époque.

Mais cette amélioration ne persiste guère au point de vue de l'état mental. Le malade est encore indifférent, négativiste, incohérent dans ses propos. Il semble parfois faire effort pour comprendre, mais la fatigue apparaît rapidement, et il ne fixe que très difficilement son attention. *Depuis le 1^{er} mars*, il mange ses matières, il ne semble pas encore en voie de guérison.

En résumé, il s'agit d'un jeune homme qui, mentalement, est un pervers instinctif et physiquement un tuberculeux : tare psychique, infection organique.

OBSERVATION IV

Confusion mentale chez une phtisique

(A. TARDIEU et Ch. LEJARD, *Bulletin médical*, 2 avril 1927)

Mme Vve G..., âgée de 59 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 16 octobre 1924, pour une tuberculose pulmonaire ulcéro-carréuse

bilatérale, dont le début, difficile à préciser, remonte à plusieurs années. L'expression clinique se caractérise par l'ensemble des signes physiques et fonctionnels habituels, et surtout par l'intensité des phénomènes généraux, symptomatiques d'un état grave d'intoxication.

La toux fréquente provoque l'expectoration facile de crachats mumulaires, abondants, quelques-uns revêtant la forme de pelotons tombant au fond du vase. Une première analyse bacilloscopique y révèle, à l'examen direct, la présence de très nombreux bacilles de Koch acido et alcool-résistants.

La dyspnée permanente est exagérée par les efforts.

À l'examen physique, la percussion indique la matité de la région sous-claviculaire et des fosses sus et sous-épineuses droites. Les vibrations vocales sont exagérées au sommet droit où l'on entend encore un souffle cavitaire et de nombreux râles de moyen et de gros calibre, réalisant le bruit de gargouillement. Au sommet gauche, quelques craquements secs éclatant après la toux.

Le diagnostic clinique de tuberculose ulcéro-caséuse s'impose, corroboré par l'examen radioscopique qui révèle, notamment, sous la clavicule droite, l'image d'une caverne pulmonaire avec sa zone claire, rétractile à la toux, entourée d'un liseré sombre et homogène.

La fièvre s'élève, au second jour de notre observation, à 39°7 ; elle oscille irrégulièrement entre 39.5 et 38.8 jusqu'au huitième jour et se maintient par la suite entre 39 et 37.6. Le pouls, rapide, est dépressible, et la tension artérielle, mesurée avec l'appareil de Pachon, se chiffre à mx 16, mx 6.

L'asthénie extrême coïncide avec l'amaigrissement appréciable à la palpation des téguments. Le syndrome de débilité musculaire se traduit par le myo-œdème de Schiff.

Cet état d'imprégnation toxique, d'observation très commune chez les phthisiques, comporte une *hépatomégalie* douloureuse ; la limite inférieure du foie siège à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal. La rate n'est pas perceptible et il n'existe aucun symptôme d'ascite. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, et l'analyse n'y décèle ni pigments ni sels biliaires. Nous ne relevons aucun autre signe clinique traduisant l'atteinte hépatique et, en particulier, les conjonctives ne sont pas subictériques.

Le nez est affaîsé en sa partie moyenne, par suite de la destruction de la cloison, réalisant la déformation classique dite « nez en lorgnette ». A ces signes d'hérédos-spécificité, ajoutons quelques cicatrices prétibiales, gaufrées, dépigmentées. Au centre de ces lésions, la peau est fine, atrophiée. L'exploration du système nerveux ne fournit aucune donnée, et notamment les réflexes pupillaires et les réflexes tendineux sont normaux. La pression des masses musculaires n'est pas douloureuse, et l'on ne relève aucun stigmate physique ni mental d'éthylisme.

En résumé : tuberculose ulcéro-caséreuse commune chronique, avec atteinte profonde du foie, chez une hérédos-spécifique.

L'évolution se marque par l'apparition de deux phénomènes nouveaux qui ont spécialement retenu notre attention et font l'objet de ce travail : la « suppression soudaine » et persistante de l'expectoration (dix jours) coïncidant avec l'éclosion « d'un syndrome confusionnel aigu », à type d'onirisme hallucinatoire et anxieux. C'est le 29 octobre (au treizième jour de notre observation) que l'expectoration cesse brusquement et complètement, tandis que se développent les troubles mentaux : la malade, très agitée, parle seule à haute voix et cherche à se défendre d'« un homme qui la poursuit, armé d'un couteau ». Elle se réfugie au pied de son lit, entend nettement les menaces proférées, et voit un individu qui s'avance vers elle. Il s'agit bien d'hallucinations visuelles et auditives d'ordre confusionnel. Ajoutons que cette phthisique, complètement désorientée, ne répond que très difficilement aux questions que nous lui posons.

Ces troubles psychopathiques éveillent tout d'abord l'idée d'une méningite bacillaire, et malgré l'absence de signes somatiques — réaction méningée, rétention d'urine — nous pratiquons une ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien est clair, non hypertendu ; il ne renferme aucun élément cytologique anormal et le taux de l'albumine est de 0 gr. 70. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

L'intensité des troubles confusionnels et de l'agitation motrice s'accroît à la tombée de la nuit, au cours de la phase hypnagogique. Elle nécessite une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine, bientôt remplacée par l'administration « per os » de laudanum — l'extrait total d'opium étant mieux toléré chez les tuberculeux-délirants. Spontanément, après

dix jours d'évolution, les manifestations psychopathiques s'apaisent et bientôt disparaissent, cependant que l'expectoration, jusque-là suspendue, redevient facile et abondante.

Pendant les deux ou trois jours qui suivent le retour des crachats, nous sommes frappés par une fétidité légère de l'haleine, faisant craindre le développement d'un sphacèle superficiel des bronches ou des parois de la caverne. Toutefois, l'examen histologique des crachats ne montre pas de fibres élastiques colorables par l'océïne, et l'ensemencement en gélose profonde ne détermine le développement d'aucune colonie d'anaérobies. En l'absence de toute complication sphacélique, cette fétidité temporaire de l'expectoration s'explique facilement, croyons-nous, par la suspension momentanée de la suppuration broncho-pulmonaire. Ce phénomène n'est-il pas comparable à celui qu'on observe habituellement à la suite de rétentions purulentes du poumon, lorsque survient la vomique ? Hâtons-nous cependant d'ajouter que, chez cette femme, l'expectoration n'avait aucun caractère de vomique, même fractionnée.

L'épisode confusionnel ne s'est jamais reproduit et l'évolution de cette tuberculose ulcérocaséuse s'est poursuivie, en quelques mois, vers la cachexie profonde et fatale.

OBSERVATION V

Poussée évolutive de tuberculose pulmonaire. .

Confusion mentale avec hallucinations. — Rémission.

Due à l'obligeance de M. le docteur Condomine.)

L... Joseph-Marie, 28 ans. Arrêté le 28 octobre 1926 pour infraction à un arrêté d'interdiction de séjour.

Après un séjour d'une semaine à la prison Saint-Paul, apparition de troubles mentaux : excitation, propos incohérentes, violence envers les codétenus et les surveillants. Refus d'aliments, déperissement.

Examen, du 27 novembre à la prison. Le malade est étendu sur une paille dans la cellule qu'il occupe avec deux codétenus, camisolé, la tête tournée vers le mur et le regard fixe. Il ne répond pas aux questions, garde son attitude malgré toutes les sollicitations, se cantonne dans le mutisme. Il n'obéit à aucune injonction, telle que tirer la langue et fermer les yeux. La peau

est moite, et on apprend qu'il transpire beaucoup depuis plusieurs jours. Pouls rapide, à 140. Température à 38.6.

Pendant l'examen, quelques exclamations qui sont plutôt des plaintes incompréhensibles que des paroles. Apparence d'angoisse avec frayeur, qui seraient causées par des visions imaginaires. En présence de ces symptômes, qui font penser à un état de confusion mentale hallucinatoire, on doit aussi envisager la simulation. Le malade est transféré à l'asile de Bron pour observation et examen mental.

Entré le 12 décembre 1926 à l'Asile. Pendant les dix premiers jours, même état qu'à la prison. Cet état peut se résumer dans les symptômes suivants :

Mutisme presque complet ; hallucinations, frayeurs. Par moment, le malade se plaint d'entendre des cloches. A un autre moment, il croit qu'on a tué sa mère.

L'état fébrile persiste et se maintient en 38 et 39. L'examen somatique montre en outre des *sommets pulmonaires suspects*. Vers la fin décembre, progressivement en quelques jours la situation s'améliore ; le malade s'intéresse à ce qui l'entoure, reprend conscience de lui-même, se plaint encore de maux de tête, et retrouve toute sa lucidité.

Il déclare ne rien se rappeler de son dernier séjour en prison, ni de son arrivée à l'Asile. Il présente toute l'attitude d'un homme qui sort d'un accès de confusion mentale. Il ne fait aucune difficulté pour se laisser interroger et répond très correctement sur sa vie passée.

On apprend qu'ajourné en 1917, il a été mobilisé en 1918 et a fait deux mois d'hôpital en 1918 pour pneumonie. Parti pour Salonique en 1919, il en est revenu après quatre mois, a été malade pendant six mois et a été soigné dans un hôpital de Marseille. Il aurait craché du sang pendant trente jours et aurait eu de la température pendant plus de deux mois. On lui a dit à ce moment qu'il avait les deux sommets atteints.

Dans ces dernières années, il a déjà présenté des troubles mentaux pendant quelques jours. Il raconte que, revenant de Saint-Etienne à Lyon, il parlait de « se balancer dans le tunnel », et qu'à la gare de Vernaison, il s'était frappé la tête contre un mur. Il ne s'était plus rappelé ensuite ce qu'il avait dit et fait. On avait fait venir un médecin pour le soigner.

Au point de vue boisson, il commettait facilement autrefois des excès, supportait mal l'alcool et était emporté lorsqu'il avait bu. Il a dix frères ou sœurs, tous intelligents et qui ont des situations honorables. Il est le seul de la famille qui n'ait pu suivre avec profit les leçons de l'école. Il a appris à lire, mais il n'a jamais pu apprendre à écrire.

L'examen morphologique du crâne met en évidence un aplatissement occipital, avec assymétrie prononcée qui est assez accentuée pour être retenue comme stigmat de dégérescence.

Examen pulmonaire : signes de lésions anciennes du sommet des deux poumons. Obscurité respiratoire bilatérale avec respiration soufflante à gauche. Retentissement de la voix et submatité à la percussion des deux côtés. Pas de signes de lésions évolutives.

La constatation de ces lésions fait penser que l'état fébrile récent a dû dépendre d'une poussée bacillaire sans signes sthétacoustiques, d'autant plus que pendant la convalescence il continue à présenter quelques sueurs nocturnes.

En somme, il s'agit d'un dégénéré, débile mental, prédisposé aux troubles psychiques, qui a présenté depuis son incarcération un accès de confusion mentale avec troubles hallucinatoires et anxiété. Cet accès s'est produit à l'occasion d'un état fébrile qui semble bien être sous la dépendance d'une poussée évolutive légère de tuberculose pulmonaire.

Nous avons personnellement suivi ce malade dans le service pendant une semaine environ. Les sueurs nocturnes ont persisté, sans température, et ont progressivement disparu, en même temps que les signes pulmonaires s'amendaient. De même il n'a pas présenté de troubles psychiques pendant toute cette rémission.

OBSERVATION VI

Tuberculose des deux sommets. — Bouffées confusionnelles avec fugues.

C, ... François, 37 ans, manœuvre. Entré à Bron en novembre 1926, vient de la maison d'arrêt de Lyon.

Père mort en 1918 de la grippe épidémique ; était alcoolique.

Mère morte en 1911 d'épuisement.

Douze frères et sœurs, dont six morts en bas-âge et un tué à la guerre ; trois morts de grippe.

N'a jamais eu de parents internés, mais une tante fait des crises mélancoliques.

Le nommé C.... entre à 8 ans au petit séminaire de la Drôme, où il reste jusqu'à 10 ans. Pas de certificat d'études.

Travaille depuis 11 ans dans la teinture, puis à la buanderie centrale. En 1909-11, il fait son service militaire normalement. Pendant la guerre, il est commotionné et évacué en 1915. Il est enfin réformé en 1917 pour *tuberculose de sommets*.

Il continue à travailler à la buanderie centrale, et ensuite comme vendeur de légumes.

Marié en 1916. Un enfant bien portant. Sa femme n'a pas eu de fausse-couche. Le malade buvait deux à trois litres de vin par jour.

En 1924, le malade alla à l'Hôtel-Dieu (clinique de M. le professeur Rollet) pour une affection oculaire imprécisée, et fit là une crise de confusion mentale qui fut traitée sur place.

En 1925, terreurs nocturnes, hallucinations visuelles, que le malade dit avoir oubliées. Entre temps, il avait été *plusieurs fois traité pour sa tuberculose*.

A la fin de mai 1926, le malade dit avoir fait une fugue, mais il se souvient de certaines circonstances de cette fugue : par exemple il mit un caillou dans sa bouche parce qu'il avait soif. Il erra cinq jours, puis fut retrouvé dans les bois et mené à l'hôpital.

Depuis un an, céphalées intenses. Le malade a fait un séjour assez prolongé dans une maison de santé pour sa tuberculose. Il dit ne jamais avoir eu de jalousie contre sa femme et son ami revendeur, qui habitait avec eux.

Un matin, à trois heures, au moment où le malade préparait son café, sa femme faisait le ménage et son associé rentrait, ayant préparé la charrette qui devait aller au marché ; C... prit brusquement un couteau et tua son associé en proférant des insultes contre lui et sa femme. Puis, ayant essuyé son couteau à un mouchoir, et sa femme étant revenue avec des gendarmes qu'elle était allée chercher affolée, il se rendit sans nier son crime, dont il se repent amèrement.

Examen somatique. — Rien à signaler au cœur.

Réflexes rotuliens normaux, ainsi que les réflexes achilléens.

Pupilles réagissent normalement.

Aux poumons : submatité des sommets, surtout à gauche, avec obscurité des sommets, qui est frappante. Pas de râles aujourd'hui. Du reste le certificat de réforme signale les mêmes symptômes, avec à la radioscopie une ombre de sclérose péribronchique à point de départ hilare, sans image de lésion nette au sommet.

Etant donné les antécédents, dit le docteur Bourrat dans ses conclusions, on se rend compte qu'il s'agit d'un dégénéré, inadaptable au point de vue social, instable, alcoolique, sujet aux impulsions, aux actes de violence, dont il garde à peine le souvenir.

Le 11 janvier 1927, le docteur Léonet note que le malade expose aujourd'hui la genèse de son accès de jalousie.

Il le fait avec une fausse humilité qui tend fort heureusement à le présenter comme s'occupant à créer des ressources à sa femme, qu'il savait adultère.

Il témoigne une bienveillance exagérée à l'égard de l'amant de sa femme et à l'égard de celle-ci, mais tout son récit tend à le montrer comme plein de magnanimité (sacrifice consistant en un travail exagéré par rapport à sa santé, pour épargner des fatigues à sa femme). Donc, orgueil. La fausseté de jugement se manifeste tout le long du récit, et elle s'affirme en même temps que la méfiance morbide, sous forme d'interprétation délirante : un interne de Saint-Pothin aurait demandé à sa femme quelle drogue elle a fait prendre à son mari pour le conduire à l'hôpital. Interrogé sur ce fait, il s'empresse d'affirmer que sa femme ne peut y être pour rien, mais fait des réserves sur le rôle possible d'un tiers. Toutefois il n'est pas affirmatif. Il a pourtant demandé à sa femme de faire procéder à son autopsie, si on le trouvait mort.

Ces renseignements, fournis aujourd'hui par le malade, ne sont pas conformes à ses premières déclarations.

M. le professeur Lépine enfin, conclut, à la date du 12 janvier : Il s'agit surtout, au point de vue étiologique, de la bacillose, sur le compte de laquelle on doit mettre les bouffées confusionnelles avec fugue que ce malade a présentées.

OBSERVATION VII

Bouffées multiples et transitoires de confusion mentale et d'accès maniaque. Localisations tuberculeuses multiples. Tuberculose pulmonaire évolutive.

R... *Berthe-Angèle*, 34 ans, entrée à Bron (clinique), le 30 novembre 1926. Chemisière, célibataire.

Père vivant, remarié. Mère morte en 1907. Une sœur morte en 1918 de la grippe épidémique. Six frères ou sœurs en bonne santé.

Personnellement, la malade a eu toujours une santé délicate. A l'âge de 10 ans, elle fut hospitalisée à la Charité pour une tumeur blanche du coude droit. Cette hospitalisation fut suivie d'un séjour à Giens. En 1907, elle fut soignée pour bronchite. Pas d'autre maladie.

La crise qui amène la malade à l'asile a été marquée par une phase d'excitation avec hallucinations visuelles, zoopsies. Elle croyait d'autre part qu'on voulait l'empoisonner. En outre elle se plaignait de céphalées, d'insomnies.

Elle attribue tous ces troubles à un mariage rompu.

A l'examen. — La malade présente une légère désorientation dans le temps. Alors que nous sommes en décembre 1926, elle se croit en 1927. Elle ignore la date exacte de sa naissance. Elle présente un état confusionnel assez accentué. Dans la salle, la malade est agitée, méchante, grossière, parle avec abondance, avec des associations d'idées par assonances. On est obligé de la maintenir au lit camisolée.

Les réflexes sont égaux, mais vifs. Pas de Babinski. Pupilles réagissent lentement. Pas de Kernig, pas de raideur de la nuque.

Appareil respiratoire : matité des deux sommets, plus marquée à droite. Dans tout le poumon droit, aussi bien en avant qu'en arrière, on entend de nombreux râles humides. A gauche, respiration obscure, sans adventices.

Appareil cardiovasculaire. — Bruits réguliers, normaux. Tension 14/10.

Appareil digestif. — Appétit conservé. Pas de vomissements. Ni diarrhée, ni constipation. Abdomen souple, non douloureux.

A noter en outre une ankylose du coude droit, des cicatrices mul-

tiples au niveau du membre supérieur gauche, traces d'ancienne ostéite. Enfin la malade est atteinte d'un mal de Pott dorso-lombaire.

Le 11 décembre 1926. — Aujourd'hui l'état confusionnel est à peine marqué, mais la malade fait preuve d'une exaltation hypomaniaque tout à fait caractéristique. Elle fait des associations d'idées par assonances, des remarques sur la tenue des personnes de l'entourage. Mobilité extrême de l'attention. Euphorie et imitabilité marquée à certaines heures, qui nécessitent la contention.

Le 5 janvier 1927. — La malade est très améliorée. Elle fait la critique de sa période troublée. Activité tout à fait normale.

Le 29 janvier 1927, convoquée à la clinique, la malade entre dans une crise d'agitation avec violentes invectives et réclamations acrimonieuses, peut-être un peu incohérentes. Auscultée sur place et immédiatement, on trouve des râles humides dans tout le poumon droit.

Le 16 février 1927. — On apprend qu'avant son entrée (trois semaines précédentes), elle a fait un accès de dépression avec quelques idées mystiques, qui subitement s'est transformé en accès maniaque (invective contre l'officiant au cours d'une messe).

La malade est sortie, en mars 1927, très améliorée.

OBSERVATION VIII

Tuberculose pulmonaire évolutive. — Encéphalite tuberculeuse hémorragique — Syndrôme de confusion mentale.

(GOYET et PARTHIOT, *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*,
5 février 1924.)

Il s'agit d'un journalier de 43 ans, envoyé le 12 janvier 1924 au Perron (service de M. le docteur Goyet) pour une évolution pulmonaire par le docteur Wertheimer, qui l'avait soigné, à la clinique du professeur Bérard, pour arthrite fongueuse du genou et orchépididymite tuberculeuse. Début probable des accidents pulmonaires vers 1914, par hémoptysies peu abondantes pour lesquelles le malade n'a pas vu de médecin. Arthrite du genou droit depuis trois ou quatre mois, immobilisation en plâtre à l'Hôtel-Dieu, orchépididymite non fistulisée.

Vers le 4 janvier 1924, la température s'élève à 39° avec dyspnée marquée; hémoptysie grave le 9 janvier, avec température à 40° : on a dû pratiquer une injection intraveineuse de pituitrine diluée dans du sérum physiologique; choc assez grave consécutif. Depuis ce moment l'état physique du malade est très atteint, et c'est dans cette période d'obnubilation qu'il entre au Perron.

A l'entrée : dyspnée marquée, avec crises paroxytiques survenant chaque nuit; l'hémoptysie s'est arrêtée; crachats purulents contenant des bacilles de Koch à l'examen direct. Signes diffus de bronchopneumonie caséuse bilatérale.

On est frappé par l'état psychique du malade : il est obnubilé, ne répond pas ou répond mal aux questions, se plaint presque constamment. Pas de raideur de la nuque; les pupilles sont égales et réagissent bien. Le réflexe rotulien gauche est normal (plâtre à droite). Tachycardie à 116 avec tension artérielle 11.5/9 (Gallavardin palpatoire). Œdème du pied et de la région malléolaire gauche. Orchépididymite droite avec petite hydrocèle. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Température 39°.

Les jours suivants la dyspnée persiste; l'état d'obnubilation fait penser à la possibilité d'accidents méningés; l'état de dyspnée du malade, son immobilisation par le plâtre, empêchent de faire une ponction lombaire.

Décès le 18 janvier après une crise de dyspnée angoissante.

Autopsie. — Nous n'insisterons pas sur les lésions pulmonaires (caverne ancienne du sommet droit et bronchopneumonie caséuse diffuse).

Nous ne retiendrons que les lésions du système nerveux. Elles prédominent au niveau de l'hémisphère gauche; en décortiquant le cerveau, on trouve sur les méninges, au niveau de la sylvienne, de nombreuses petites granulations et une masse dure des dimensions d'un œuf de pigeon cette masse, véritable tuberculome méningé, s'énuclée de la scissure en laissant une trace ramollie sur la lèvre inférieure de la scissure au niveau de la première temporale. A la coupe, on trouve au-dessous un foyer d'encéphalite présentant deux stades : d'une part une zone d'encéphalite hémorragique avec piqueté très net et même petites taches hémorragiques des dimensions de têtes d'épingle; d'autre part, au-dessous et en dehors d'elle, un foyer de ramollissement jaune.

L'examen histologique d'un fragment du tuberculome méningé

a été demandé. Nous n'avons reçu que l'indication sommaire suivante : nappes de nécrose avec lésions oblitérantes des artères et des veines. L'examen histobactériologique n'a pas encore été pratiqué.

Réflexions. — 1° *Cliniquement* : les signes respiratoires sont au premier plan, comme en rend compte une bronchopneumonie caséuse confluyente du type phtysie galopante.

Du côté système nerveux, on a constaté des troubles psychiques : obnubilation, état vague de confusion mentale, perte de la mémoire. Il n'y a eu ni convulsions, ni phénomènes paralytiques, *ni signes méningés apparents*.

2° *Anatomiquement* : association nette de deux lésions méningée et encéphalique. La lésion méningée comportait à la fois des granulations confluentes typiques au niveau de la scissure de Sylvius, avec, au centre, une zone dense, véritable tuberculome méningé. Mais nous n'avons pas vu de lésions des troncs vasculaires, en particulier pas de thrombose veineuse macroscopique comparable à celle décrite par Weill, Gardère et Gaudon. Les lésions du cerveau présentent deux stades : encéphalite hémorragique d'une part, ramollissement de l'autre. On n'a pas eu du tout l'impression de lésions diffuses d'encéphalite. La localisation des lésions sur la lèvre inférieure de la sylvienne au niveau de la première circonvolution temporale rappelle les constatations anatomiques faites par M. Bériel (observation page suivante).

On retrouve là aussi la même scène de confusion mentale et la même localisation sur la première temporale. Peut-être est-il permis de penser que le centre de la surdité verbale a été touché, et que les manifestations psychiques notées sont l'expression de cette lésion en foyer.

OBSERVATION IX

Encéphalite tuberculeuse

(BÉRIEL. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 6 mai 1913.)

Il s'agit d'un jeune homme de 30 ans, qui s'est présenté à ma consultation en se plaignant de maux de gorge ; il avait en réalité un aspect hébété, de la stupeur ; ses réponses étaient incohérentes, on ne pouvait obtenir de l'interrogatoire aucun fait précis. Il tousait et avait une oppression légère ; mais à part quelques râles

de bronchite diffuse, on ne trouvait aucun signe somatique ; en particulier, il n'existait aucun indice de méningite : ni raideur, ni Kernig, ni modifications pupillaires, ni céphalées ou vomissements, ni troubles du pouls ou de la respiration ; il n'y avait non plus aucun trouble moteur ou sensitif. M. Lannois voulut bien l'examiner aussitôt en raison des phénomènes laryngés dont se plaignait le sujet. On ne trouva de ce côté aucune lésion notable ; M. Rendu, interne de la clinique d'oto-rhino-laryngologie, nous remit la note suivante : très petite ulcération de la corde vocale gauche et un peu de limitation des mouvements d'adduction des cordes ; nulle part d'infiltration tuberculeuse. En somme peu de choses. Le sujet se présentait donc surtout avec *des signes psychiques*, et paraissait atteint d'un léger degré de confusion mentale, toxique ou infectieuse. Par suite d'un malentendu, il fut reçu dans le service de M. Bret, et mourut le même jour dans le coma, sans qu'on ait eu le temps de faire un examen plus complet. En particulier on n'avait pu faire l'examen du liquide céphalo-rachidien.

M. Bret ayant bien voulu nous permettre de faire l'autopsie, on constata, au sommet du poumon gauche, une petite caverne de la grosseur d'une noix, avec une granulie à granulations déjà grosses, paraissant dater de quelques semaines ; rien dans les autres viscères. Au système nerveux, les lésions suivantes : liquide méningé un peu plus abondant qu'à l'état normal ; quelques traînées légèrement louches, très discrètes, sur la convexité et la base ; nulle part d'exsudat fibrineux ou purulent ; par une recherche très attentive on arrive à déceler à l'examen des méninges sous l'eau trois ou quatre petites granulations. Sur les coupes de Pitres, par contre, on est frappé de l'existence d'altérations corticales et sous-corticales ; ce sont, dans le tissu avoisinant le fond des scissures de Sylvius, des deux côtés, des foyers jaunes ou hémorragiques confluents, dépassant les limites du cortex en profondeur, formant par endroits des amas bigarrés étendus en surface sur plusieurs centimètres ; on en retrouve d'analogues, plus restreints, sur le fond des sillons de la face externe du lobe occipital gauche. Sur ces coupes macroscopiques, la méninge, dans les points où elle a été laissée adhérente, se montre notablement plus envahie et épaissie dans le fond des sillons qu'elle ne l'était à l'extérieur.

Les coupes histologiques pratiquées en différents points dans ces zones encéphalitiques, ont montré des altérations inflammatoires intenses et profondes ; on note dans la méninge des exsudats de petites cellules rondes avec un réseau fibrineux délié, enfin des altérations vasculaires (inflammation pariétale, endartérite), mais dans le tissu nerveux, les altérations sont encore plus marquées. La couche moléculaire est complètement détruite et remplacée par un amas granuleux, d'aspect caséeux, avec une infiltration cellulaire dense sur les limites ; au delà, le tissu de l'écorce est complètement modifié ; les cellules nerveuses sont détruites, il existe une exsudation de cellules inflammatoires considérable, en bandes ou en gaines le long des vaisseaux dilatés ; on trouve enfin dans cette zone de nombreux foyers d'infiltration globulaire. Plus profondément, la substance blanche montre encore des altérations de même ordre avec de grosses lésions vasculaires, voire des artères oblitérées. En résumé, encéphalite aiguë, à la fois diapédétique, hémorragique et nécrobiotique. Malgré l'absence de lésions folliculaires, la nature tuberculeuse est manifeste, à raison des caractères des lésions méningées à l'œil nu, et des constatations faites sur le poumon. On n'a pu déceler le bacille sur les préparations. Mais on sait que la constatation des bacilles tuberculeux n'a été faite dans ces cas-là sur l'encéphale qu'exceptionnellement.

OBSERVATION X

Confusion mentale typique au cours d'une tuberculose pulmonaire caséuse avérée. — Mort.

(Personnelle)

(La rédaction de la partie médicale est due au docteur P. Favier.)

Ch..., Louis, employé de commerce, 33 ans, entré au Sanatorium de La Guiche le 3 octobre 1925.

La première demande d'admission parvenue au médecin-chef le 1^{er} juillet 1925, mentionnait : état général satisfaisant, pas de troubles digestifs, pas d'autres localisations. Expectoration moyenne avec BK ; température 37.7 maximum le soir. Infiltration des sommets prédominant à gauche. On répondit : « Malade subfébrile, ne peut être admis pour le moment. »

Seconde demande le 30 juillet : infiltration du sommet gauche, induration du sommet droit. Expectoration très légère, toujours

avec présence de BK. Température 37.2 à 37.3 le matin ; 37.4 à 37.5 le soir. On répondit : « La température matinale est encore trop élevée ; il y a lieu d'attendre qu'elle soit à 37°. »

Troisième demande le 22 septembre. Infiltration du sommet gauche, induration du sommet droit. Expectoration moyenne et positive ; température normale. On répondit : « Peut être admis. »

Au *Sanatorium*. — Renseignements tirés des feuilles de température : lésion fibrocaséuses bilatérales, ne semblant pas très denses à l'auscultation, pas encombrées, mais étendues au 1/3 supérieur à droite, à la moitié supérieure à gauche. A la radioscopie, voile du 1/3 supérieur à droite ; infiltration plus marquée de la moitié supérieure gauche. Pleurite très légère des deux bases en avant.

Du 4 octobre au 24 novembre 1925, température anormale. 37 ou 37.2 le matin, mais 37.7 presque tous les soirs. On note aux différentes consultations de l'engouement des foyers, surtout du foyer gauche qui paraît le plus actif. De plus, rhino-pharyngite légère, un peu traînante, avec enrouement léger et arthénoïdes un peu enflammées. Corde gauche un peu parésiée.

Le 25 novembre. Ascension brusque à 40.3, pouls à 114. *Pleurésie double* à épanchement. Ponction exploratrice positive le 2 décembre. Liquide clair. Jusqu'au 21 décembre, la température se maintient entre 39 et 40, le pouls est autour de 120. On soutient le cœur avec digitaline (1 milligramme à doses fractionnées) et avec huile camphrée. Pas d'albumine. Le malade urine rarement plus de 1 litre en 24 heures, quelquefois 500 cc seulement.

Ponction évacuatrice le 15 décembre, à droite où l'épanchement est le plus considérable. On insuffle 250 de gaz pour 750 cc de liquide retiré.

A partir du 21 décembre, la température baisse un peu spontanément, et se maintient entre 38.5 et 39 jusqu'au 25 janvier. Mais le pouls reste à 120 et les urines entre 500 et 1000

Le 29 décembre. On fait une prise de sang par Wassermann. C'est à ce moment là que les phénomènes de confusion mentale ont apparu. Le BW est négatif et le Hecht-Bauer également.

Le 27 janvier, le médecin-chef note : disparition progressive du liquide à droite (où il avait persisté le plus longtemps et où il avait été plus abondant). Mais on constate une fonte progressive

du lobe supérieur gauche. La lésion parenchymateuse droite reste au contraire relativement calme.

A noter que le 6 janvier on essaie de donner 0 gr. 15 de cryogénine. On a une chute de température de 38.9 à 36.5, et le pouls tombe de 116 à 100. Devant cette chute trop brutale on décide de ne plus donner de cryogénine ni d'autres antithermiques.

A partir du 27 janvier, la température baisse encore un peu spontanément, elle se maintient jusqu'à la fin entre 38 et 39 (la veille du décès elle est à 38 le matin, puis à 38.4) ; le pouls reste autour de 120, malgré de fréquentes injections d'huile camphrée et un peu de digitaline encore, très espacée. Les urines sont restées entre 500 et 1000.

A partir du 28 décembre environ, ont apparu des troubles mentaux très nets, qui avaient fait penser à une spécificité possible, puisqu'on avait fait pratiquer un BW. Or, ce dernier, ainsi que nous l'avons dit plus haut, a été absolument négatif. Ces troubles mentaux étaient au début assez frustes, caractérisés par : un regard fixe, perte de la mémoire, obnubilation intellectuelle assez marquée ; le malade renversait ses aliments, se salissait énormément. On était obligé de le faire manger. Il y avait désorientation progressive dans le temps et dans l'espace. Peu à peu le malade perdit toute notion, était incohérent dans ses actes comme dans ses paroles ; il ne put écrire chez lui, ou plutôt on ne put lui faire écrire qu'une lettre tout à fait incohérente. A peine, de temps à autre avait-il quelques courtes rémissions. Le plus caractéristique de son état mental était la torpeur et l'état confusionnel de son langage et de ses actes. Il s'est agi sans doute d'une confusion mentale toxiinfectieuse au cours d'une bacillose grave où dominaient les phénomènes généraux, et qu'on peut considérer comme le type de l'épiphénomène.

La ponction lombaire fut pratiquée sans résultats. Il n'y avait pas eu de signe méningés. Cet état ne fit qu'empirer à mesure que la fonte pulmonaire s'accroissait, et le malade mourut le 14 mars 1926.

L'autopsie ne put être pratiquée.

OBSERVATION XI

Confusion mentale tuberculeuse

(TRUELLE. — *Journal des Praticiens*, 24 janvier 1914)

X....., âgé de 24 ans, entré à la Maison de santé de Ville-Evrard le soir du 16 octobre 1913. Le certificat qui l'accompagne porte la mention : « A présenté depuis quelque temps des signes de tuberculose méningée ».

A. H. — Forte hérédité tuberculeuse, névropathique et psychopathique.

A. P. — Intelligence suffisante, instruction bonne, caractère facile, conduite normale. Affectivité très développée, émotivité et religiosité.

Fièvre typhoïde à 13 ans. Consécutivement, pleurésie sérofibrineuse ayant nécessité une thoracentèse.

En février 1912, pour une cause apparemment futile, X... fait un accès de dépression qualifié « neurasthénie », mais qui semble avoir été un épisode subconfusionnel avec dépression mentale : abattement, cauchemars fréquents, laisser-aller, excentricités de tenue et de conduite, velléités de suicide. Soigné chez lui, le malade guérit complètement.

Pendant ce premier accès, on avait constaté des signes cliniques et radioscopiques de tuberculose du sommet gauche, dont un traitement approprié put enrayer l'évolution, de sorte que, parallèlement à l'état mental, l'état physique s'améliora.

Enfin, le malade reprit une vie normale et put s'occuper très activement. Au début de l'année suivante, il se rend à l'étranger pour ses affaires et tout va bien d'abord.

Mais il rentre à Paris en mai 1913, fatigué, amaigri, avec une laryngite tuberculeuse. Il cesse dès lors de travailler, se soigne rigoureusement, passe l'été en Suisse, puis séjourne à la campagne. L'état général se maintient assez bon, mais des examens répétés décèlent la persistance de bacille de Koch dans les crachats. L'état mental est parfait.

Sans cause valable, sans aucun symptôme prémonitoire, étant à la campagne, X... est pris, le 15 octobre, d'une polyurie intense (5 à 6 litres en 24 heures) et il se met en même temps, brusquement à divaguer. Un de ses amis, étudiant en médecine, aurait noté alors de l'instabilité du pouls, des nausées, une ébauche de

Kering (?) et peut-être un peu de raideur de la nuque (?). Ramené le soir même chez lui, le malade s'excite de plus en plus, et le lendemain soir on le conduit à la maison de santé.

Le 17 octobre, X..., examiné, présente un syndrome net de confusion mentale : troubles de l'attention, difficulté dans l'évocation des souvenirs, amnésie récente, désorientation, insuffisance et erreurs des perceptions, fausses reconnaissances, ralentissement des associations volontaires, fuite des idées, automatisme psychique. Ce syndrome est compliqué d'une légère excitation intellectuelle et d'onirisme; il s'accompagne d'insomnies, d'attitudes bizarres, d'agitation motrice désordonnée et violente. On note, en outre, le symptôme de Ganser (dit des réponses absurdes). Les quelques conceptions délirantes qui percent au milieu des propos décousus et contradictoires, sont surtout de teinte mystique. Les hallucinations sont nombreuses, auditives et visuelles, ces dernières volontiers effrayantes ou zoopsiques. *Il n'y a pas de torpeur cérébrale, pas de somnolence.*

Le malade n'accuse aucun malaise, en particulier pas de céphalée ni de photophobie. Les deux premiers jours, il est impossible d'avoir la température. La langue est sèche et saburrale, le pouls rapide (104), légèrement instable. Les pupilles sont un peu dilatées, la gauche plus grande (myopie et astigmatisme), les réflexes lumineux, consensuels, accommodateurs, sont normaux; les réflexes patellaires un peu vifs, mais égaux; pas de Babinski; pas de raideur musculaire, pas de Kernig; pas de strabisme. Pas de vomissements, pas de nausées, seulement de la constipation et un peu de contraction du ventre.

Infiltration du sommet gauche; laryngite tuberculeuse.

Les urines, rares et foncées, ne renferment ni sucre ni albumine. Une ponction lombaire, pratiquée le 18, donne un liquide clair, de faible tension, sans leucocytose (1 lymphocyte par millimètre cube), sans microbes colorables.

Cet état confusionnel va rapidement en s'aggravant, pour réaliser, à partir du 19, un syndrome *délire aigu* des plus inquiétants. Le pouls, toujours rapide (110-116) est faible, instable, et présente quelques intermittences; la langue est sèche et rôtie, la constipation ne cède qu'à des lavements et à des purgatifs. La température est élevée, à grandes oscillations inversées. Lèvres fuligineuses. Pas de rate, pas de gargouillements ni de douleur

dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées, mais un vaste érythème des fesses, du dos et de la région postérieure des cuisses. Raie vasomotrice peu persistante. Légère inégalité pupillaire ; toujours pas de contractures, pas de déviation des yeux, pas de photophobie ni de céphalée ; pas de Kernig, pas de vomissements, seulement une fois quelques nausées.

L'agitation est continue, mais plus limitée ; l'insomnie totale, le délire incessant et confus, toujours à base d'hallucinations. Toujours pas de torpeur cérébrale ni de somnolence.

Le 22, une légère détente se produit : la langue est moins sèche, la température baisse, et retrouve son type *normal* d'élévation vespérale, le pouls est moins fréquent, toujours un peu instable. L'agitation et le délire sont moins continus ; celui-ci reprend les caractères franchement confusionnels du début.

Les jours suivants, le mieux se maintient dans l'ensemble malgré une petite reprise de la température (furoncle de la fesse).

Puis, assez vite l'amélioration physique et mentale s'accroît, mais il persistera encore jusqu'au 10 novembre des épisodes oniriques nocturnes avec frayeurs et agitations passagères. Dans l'intervalle, X..., redevient lucide, il peut donner des renseignements précis sur son passé et sur les siens. Seul le souvenir de la période délirante reste et restera imprécis. La température est normale depuis le 26 (nous passons sous silence une élévation à 38°, 37°8 le soir, avec 37 le matin, du 5 au 10 novembre, due à une poussée de furonculose disséminée) ; le pouls se régularise en restant un peu rapide (80 à 84). Plus de constipation, appétit excellent. Persistance d'une légère inégalité pupillaire qui, maintenant qu'on peut examiner le malade plus facilement, apparaît variable et probablement due aux gros troubles de la réfraction.

La convalescence fut très rapide, et quand X... quitta la maison de santé, le 30 novembre, il était depuis 20 jours complètement guéri, conscient de sa maladie passée, intellectuellement indemne. Le poids, qui, les premiers quinze jours, avait baissé de 4 kilos, était remonté de 3 kilos. L'état du poumon n'avait pas varié. Un examen des crachats fait le 23 novembre montra la présence de quelques bacilles et d'une flore microbienne extraordinairement riche et variée (pneumocoques, staphylocoques, streptocoques, tétragènes).

Le traitement fut le suivant : alitement continu, régime lacté absolu pendant toute la période fébrile, puis lacto-végétarien, et enfin, recalcification et alimentation mixte, balnéation tiède, dès le début prolongée (3/4 d'heure, 1 heure, puis 2 heures) ; calomel, lavages intestinaux, injections intramusculaires d'électrargol (10 cgr par jour).

Des nouvelles toutes récentes du malade confirment le maintien de la guérison mentale et l'état relativement bon de la santé générale.

OBSERVATION XII

Tuberculose pulmonaire. Etat confusionnel grave. Guérison

(I. LÉPINE, *Revue de médecine*, 10 sept. 1908)

B....., femme J....., entre le 11 avril 1907 à l'asile d'aliénés du Rhône, service de la clinique (Prof. Pierret). Elle est incapable de donner des renseignements sur son état antérieur, mais on obtient de sa famille les renseignements suivants, contrôlés par le récit de la malade après sa guérison. Sa mère est morte en couches, son père est inconnu. Elle-même vint au monde chétive et eut une enfance troublée par la maladie. Elle était nerveuse et irritable, eut la rougeole, puis la coqueluche, et en conserva une santé plus précaire encore.

Vers l'âge de 17 ans, après avoir maigri, toussé, et souffert de points de côté, elle eut un accès délirant de plusieurs jours, qui fut qualifié de *méningite*. On lui mit alors de la glace sur la tête. Trois mois après elle eut une hémoptysie, puis de la bronchite persistante, avec, tous les hivers, une aggravation qui l'obligeait à abandonner son travail de repasseuse et à entrer à l'hôpital. Elle fit ainsi une série de séjours à l'Hôtel-Dieu et à St-Pothin.

A vingt-et-un ans elle se maria, eut une vie plus heureuse et plus large ; son état général s'améliora rapidement. Dix-sept mois après son mariage, elle eut un enfant, qui vint à terme et s'est élevé normalement. Il paraît pourtant de faible résistance (le père est bien portant et sans tares avérées). Elle eut ensuite une fille, qui présenta des phénomènes méningés, que l'on attribua à une chute sur la tête, du reste fort douteuse, et qui guérit ; puis deux enfants, l'un mort à un mois et demi athropsique, l'autre né en novembre 1906, chétif et qui mourut au début d'octobre 1907,

pendant que la malade était encore dans le service. La malade eut, au moment de ce dernier accouchement, une violente hémorragie qui la mit dans un état de faiblesse extrême, au cours duquel, à la faveur de l'hiver, la tuberculose assoupie fit des progrès évidents. A plusieurs reprises, elle dut s'aliter, et ses proches remarquèrent en même temps que ses idées se troublaient, qu'elle devenait craintive, parfois même tout à fait confuse au point d'être incapable de faire son ménage.

Le 30 mars,* tourmentée par des hallucinations (elle voyait ses enfants en enfer), elle sortit de chez elle et refusa de rentrer. On la conduisit à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue en chirurgie sur la déclaration de son mari, qui attribuait à des signes de couches son état général et psychique. Renvoyée en médecine comme ne présentant rien de chirurgical, elle n'y passa que quelques jours et fut dirigée sur l'Asile.

A l'entrée, on se trouve en présence d'une femme de petite taille, l'air maigre et souffreteux, l'expression craintive et égarée. Elle n'accuse, au point de vue physique, qu'une céphalalgie tenace, et une grande faiblesse, avec sueurs nocturnes. Elle se rend mal compte de l'endroit où elle est, et ne se croit pas malade au point de vue mental. Elle parle volontiers, manifeste un délire mélancolique, décousu et mobile, varié de termes, mais assez pauvre comme fonds, et reposant sur quelques idées de culpabilité, d'indignité, à caractère mystique, auxquelles se joignent des illusions et des hallucinations nombreuses de la vue.

Ces hallucinations sont également de caractère mystique (la Vierge, des Anges), mais avec une tendance terrifiante marquée (l'enfer, du feu, etc.). Par moments elle se calme, et les idées d'indignité se manifestent, non plus par la crainte des châtiements éternels, mais par des actes d'un puérilisme extrême, déjà semi-automatiques. Elle ramasse, collectionne tout ce qu'elle trouve, cailloux, cheveux, papiers, etc., pour payer son séjour à l'Asile.

Physiquement, on constate une scoliose légère, à convexité dorsale gauche, les oreilles, mal ourlées, ont le lobule adhérent ; le nez est aplati en masse. Les yeux sont excavés, les pupilles réagissent paresseusement. La motilité et la sensibilité générales sont intactes, les réflexes rotuliens brusques et exagérés, les réflexes cutanés, cornéen et pharyngien sont normaux. La langue est

aburrale, l'estomac un peu atone ; il y a un peu de constipation.

Aux poumons, submatité des deux sommets en arrière, exagération des vibrations aux deux sommets, en avant et en arrière, mais avec prédominance marquée pour le sommet droit. Respiration extrêmement obscure, avec quelques râles très fins au sommet droit. Rien au cœur ; matité hépatique normale.

La malade n'urine en vingt-quatre heures que 600 cm cubes d'urine rougeâtre et trouble, contenant des urates abondants, un léger disque d'albumine et des pigments biliaires. La température oscille entre 37.6 le matin et 38.7 le soir. Poids : 40 gr. 200.

Pendant tout le mois d'avril et celui de mai, la situation se maintient sans grandes modifications. Sous l'influence du traitement (repos au lit, calomel à plusieurs reprises, régime lacté, puis mitigé, liqueur de Fowler), les fonctions intestinales et rénale se régularisent, l'état général tend à s'améliorer, mais faiblement. Les signes stéthoscopiques restent fixes, et la température, revenue la plupart du temps à la normale, présente encore quelques oscillations vespérales au-dessus de 38°5. L'état mental, d'abord modifié en mieux, s'aggrave ; l'automatisme augmente ; la malade, dès les premiers jours de mai, refuse le séjour au lit, s'agite, se déchire, s'arrache les cheveux, se griffe le visage et la poitrine, se prosterne et se frappe la tête contre le sol. Les idées délirantes conservent le même caractère et la même orientation générale qu'à l'entrée, mais les hallucinations s'accroissent, terrifiantes toujours.

Le 26 mai la malade essaye de se suicider en s'étranglant avec sa chemise. Puis l'état s'aggrave. J... devient complètement confuse, ne reconnaît plus ceux qui l'entourent, ni son mari qui vient la voir. Elle maigrit rapidement malgré toutes les tentatives de suralimentation, poussées autant que l'état du tube digestif le permet. Le poids, qui était encore de 40 kgr. le 30 avril, tombe à 35 kgr, le 20 juillet.

Le 16 juillet, un examen du sang donne les résultats suivants : $N = 3.510.000$. Lymphocytes 15 % ; mononucléaires moyens, 11 % ; grands mononucléaires, 1 % ; intermédiaires, 4 % ; polynucléaires, 68 % ; éosinophiles, 1 %. D'autres examens en date des 21 juillet et 8 août donnent des chiffres analogues.

Le 20 juillet, l'état général est franchement mauvais, la malade se plaint toujours de la céphalée qu'elle signalait à son entrée.

On lui donne chaque jour trois, puis six comprimés de persodine (persulfate de soude).

Le 23 juillet, l'ophtalmo-réaction à la tuberculine est négative (tuberculine de M. le professeur Courmont).

Dans les premiers jours d'août, l'état s'améliore sensiblement, la malade cesse de s'arracher les cheveux et de se déchirer, le poids augmente un peu (36 kgr. le 10 août). On cesse le 25 août la persodine, à laquelle il faut peut-être attribuer en partie cette amélioration transitoire, mais dès le 23, l'allure de la malade avait de nouveau changé; la température s'élève à 39°2, puis à 39°5. On est obligé de maintenir la malade au lit et, malgré les soins d'un personnel très attentif, elle devient gâteuse.

A partir du 28 août, la température monte à 40° le soir, descendant le matin à 37°5, 37 ou même 36°5; l'agitation est relativement modérée, mais la confusion est complète. Il n'y a même plus de délire, on n'obtient que quelques paroles incohérentes et entrecoupées. Alternatives de diarrhée et de constipation. La matité a augmenté aux deux sommets, où la respiration est soufflante mais sans râles. On prescrit tour à tour, et sans aucun succès, du calomel, de la quinine, du benzonaphtol, des lotions froides.

Le 3 septembre et les jours suivants, l'aspect de la malade est celui d'une typhique, mais il n'existe aucun symptôme abdominal et le séro-diagnostic de Widal, pratiqué le 2 septembre, est nettement négatif. Le pouls est faible, rapide, irrégulier, non dicrote, variable. L'abattement général augmente de plus en plus.

Le 10 septembre et les deux jours suivants, la température oscille entre 38°9 et 40°4, l'état général devient de plus en plus alarmant, il y a une diarrhée jaune assez abondante, et l'on voit apparaître une eschare sacrée qui s'élargit chaque jour malgré les soins et les pansements au protargol. La malade se tient fléchie en chien de fusil pour la première fois. Le signe de Kernig, négatif jusque là, est net, les pupilles sont inégales et paresseuses, les yeux en léger strabisme convergent. Les réflexes sont très exagérés, le dermatographisme est intense; la malade toujours gâteuse, vomit à plusieurs reprises. Les urines obtenues par la sonde contiennent une notable proportion d'albumine.

L'examen du sang donne le 12 : 4.500.000 globules rouges; le

13; 3.910.000; le 14, 3.960.000. La formule leucocytaire reste sans modifications importantes, si ce n'est que les éosinophiles disparaissent à peu près complètement.

La malade gémit et souffre visiblement de la tête. Elle crie lorsqu'on appuie, même très légèrement, sur le vertex. L'ophtalmo-réaction de Calmette est à nouveau négative.

Le 14 septembre, la situation semble désespérée, il y a un peu d'agitation par instants, et d'une manière semi-convulsive. On essaye une injection d'électrargol dans une veine du bras, mais devant les mouvements désordonnés de la malade, on injecte simplement dans le tissu cellulaire du flanc, 20 centimètres cubes d'électrargol. Ascension thermique à 40°6 le soir, suivi d'une sédation visible. L'eschare sacrée, qui avait acquis environ 15 centimètres de diamètre le 14 au matin, cesse de progresser, et dès le 15, les bords ont meilleure apparence.

Le 15, l'examen du sang donne: $N = 4.300.000$. Les polynucléaires tombent à 52 p. 100; on voit de nouveau quelques éosinophiles (1 p. 100 à peine).

Le 18, la malade se plaint de plus en plus de sa tête; elle est constipée, grince des dents; le ventre est dur, le signe de Kernig, qui avait disparu, reparait, atténué. L'urine est toujours faiblement albumineuse, les signes physiques sont les mêmes aux poumons.

Le 20, *ponction lombaire*, donnant issue à 12 centimètres cubes environ d'un liquide clair comme l'eau de roche, sous pression assez forte. A l'examen, on ne trouve que de rares lymphocytes, à peine plus que dans le liquide normal. Aucun autre élément, aucune trace de réaction inflammatoire. L'ensemencement de ce liquide en bouillon reste négatif. La céphalée est soulagée par la ponction, la température ne s'élève le soir qu'à 39°2 au lieu de 39°6 la veille; le lendemain matin elle tombe à 37°8 pour remonter à 38°8 le 21 soir. Le sang examiné tous les deux ou trois jours, manifeste à ce moment une poussée de lymphocytes qui s'élèvent à 51 p. 100, le 24. Les éosinophiles restent rares; le total des leucocytes oscille entre 10.000 et 12.000 par millimètre cube.

Le 23, réaction de Calmette *nettement positive*; l'état général est bien meilleur, l'albuminurie a diminué, l'eschare sacrée se cicatrise avec une rapidité surprenante. La malade commence à répondre aux questions, mais avec peine. L'attention est difficile à

éveiller, et, dans la journée, l'abattement est très grand. La nuit, il y a, au contraire, de l'excitation avec chants, pleurs et cris. La température, pendant les trois jours suivants, oscille entre 37° le matin et 39° le soir, avec une légère tendance à la défervescence. Prise toutes les trois heures depuis trois semaines, elle affecte un rythme assez régulier, avec tendance à se maintenir vers 7 heures du soir. La céphalée et l'hyperesthésie crânienne persistent. Petit à petit, J... se réveille un peu de sa torpeur, et semble revenir à un état plus voisin de celui qu'elle manifestait à l'entrée. Elle a des hallucinations visuelles, croyant voir les siens autour d'elle, et surtout des illusions et des interprétations délirantes, croyant également reconnaître ses proches parmi les personnes du service qui passent dans la salle. Persistance d'idées mystiques : le voile de gaze légère qui la recouvre pour la protéger des mouches, est pris par elle pour un voile de communicante ; elle croit suivre les offices, se met à chanter un cantique.

Par moments, elle gémit, se plaint de sa tête, parfois même crie et pleure : « Ma tête ! Ma tête !... » Elle parle de nouveau du feu : « Mes enfants sont dans le feu ; il y a du feu dans mes aliments, c'est le Vésuve ». A partir du 24, les polynucléaires augmentent dans le sang. A partir du 27, la température oscille entre 36 et 37°5. La pression artérielle (Potain) qui était de 15 1/2 à 16 pendant la période critique, s'est abaissée à 11, puis remonte à 12.5.

Le 7 octobre, elle s'assied seule sur son lit ; ni raideur de la nuque, ni Kernig. Les réflexes rotuliens sont très exagérés, surtout à gauche. Céphalalgie persistante, qui arrache des cris quand on touche la tête dans les régions pariétales à peu près également des deux côtés : réactions pupillaires un peu lentes, mais égales. Urine sans albumine, pour la première fois depuis un mois.

Ponction lombaire : le liquide coule par gouttes très fréquentes, mais ne formant à aucun moment de jet continu ; pression très inférieure à celle constatée lors de la ponction précédente. Clair et limpide, il ne contient que de très rares lymphocytes, mais, contrairement au premier liquide retiré, on y décèle une légère quantité d'albumine. Pas de fibrine ; injection sous-cutanée de 20 cm³ d'électrargol. Réaction thermique à 40° suivie, dans la journée du lendemain d'une chute à 35°8. Jusqu'au 11, la tem-

pérature oscille entre 35°9 et 37°5. Maximum régulièrement vespéral. La malade commence à s'alimenter et ne gâte plus depuis le 3 octobre. L'eschare sacrée est guérie. L'état mental ne fait que des progrès insignifiants; tout au plus peut-on noter un peu plus de calme et un sommeil meilleur. Le véronal, essayé à plusieurs reprises, est sans action sur l'excitation nocturne.

Le 11 octobre, *injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes d'une solution à 1/2 p. 100 de nucléinate de soude*, de même provenance que celui ayant servi à M. Chantemesse pour ses travaux sur le traitement de la péritonite typhique. Réaction thermique à 38°6. Après un court stade de leucolyse, les globules blancs passent de 8.000 à 16.000, au bénéfice surtout des polynucléaires. La pression s'élève à 18.

Dès le lendemain matin l'état mental est complètement transformé. La malade raconte elle-même toute son histoire pathologique, donne sur sa famille et ses antécédents personnels tous les renseignements désirables. Elle n'a que des souvenirs très vagues de ce qui s'est passé depuis qu'elle est internée, mais se rend compte pourtant de certaines hallucinations qui la poursuivent, dit-elle, comme un cauchemar, par exemple celle qui lui montrait ses enfants dans le feu. Elle se rappelle aussi s'être déchirée, avoir frappé le sol de son visage et s'être arrachée les cheveux. « Je devais être folle », ajoute-t-elle. Quant à la période de maladie grave, correspondant aux cinq ou six dernières semaines, il ne lui en reste rien, que le souvenir de la douleur de tête dont elle conserve encore une sorte d'endolorissement et quelques sensations pénibles par instants. Elle est encore fragile au point de vue mental, et s'en rend compte : Un interrogatoire de quelques minutes la fatigue, et elle accuse elle-même alors quelques préoccupations sur son avenir : « Quand je sortirai, dit-elle, aurai-je bien mon moral comme avant ? »

Les forces physiques sont très restreintes, les réflexes rotuliens toujours exagérés, mais moins; pupilles réagissant bien, mais inégales. *Aux poumons*, la respiration est rude un peu au-dessous des sommets, mais ceux-ci qui sont submatés, ne laissent entendre qu'une respiration très affaiblie, à timbre assez rude; quelques râles fins et rares.

Ophthlmo-réaction de Calmette positive et intense.

Les jours suivants, l'état mental se consolide. Aucun retour des

idées délirantes. L'état physique s'améliore rapidement. La malade a un appétit remarquable, grâce auquel son poids s'élève rapidement au-dessous de 45 kilogr. Mais on remarque que le côté gauche demeure notablement plus faible, sans aucun trouble de la sensibilité.

Le 16 octobre, la recherche de la perméabilité rénale (bleu de méthylène) donne une courbe d'élimination tout à fait normale. Le bleu s'élimine complètement en 27 heures. La pression artérielle était alors de 17. Examen du sang = chiffres normaux de globules blancs, mais encore hypoglobulie (3.850.000). On annonce à la malade la mort de son dernier-né, survenue pendant sa malaïe, et qu'on lui avait tenue cachée; l'émotion que lui cause cette nouvelle est entièrement naturelle dans son expression.

Le 10 décembre, sortie avec un certificat de guérison. L'état mental n'a cessé de se consolider pendant les dernières semaines.

La malade a été suivie depuis, examinée à plusieurs reprises, et, en dernier lieu, le 10 juillet 1908, sept mois après sa sortie. Au point de vue mental, elle n'a aucune rechute, et semble, à l'heure actuelle, normale. Mais elle a toujours de la parésie du côté gauche, très légèrement spasmodique et s'accompagnant par moments de sortes de crampes un peu douloureuses. Ces douleurs se manifestent surtout à la suite d'un effort ou d'une fatigue. Sensation permanente de pesanteur à la tête, avec paroxysme qui semblent provoqués par la constipation. Sommeil capricieux, parfois difficile. Réveil lent et pénible. Aucun signe d'hystérie.

L'état général est bon en apparence; la malade a engraisé, mais n'a guère cessé de tousser. Elle a eu une hémoptysie en janvier 1908. On perçoit actuellement des craquements nombreux et nets aux deux sommets, qui sont mats à la percussion. Ces signes sont plus marqués à droite.

OBSERVATION XIII

Confusion mentale avec quelques idées de persécution.
Tuberculose pulmonaire à évolution lente; forme ganglionnaire
concomittante

(In Thèse de La Bonnardière.)

G... Jean, 17 ans, manœuvre, entre dans le service de clinique de l'Asile de Bron, le 10 novembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie, il y a deux ans.

Mère morte il y a un an. Elle avait eu quatre enfants, deux filles d'un premier lit, mariées, et deux fils d'un second lit, dont le malade. Le frère de celui-ci est bien portant, a fait son service militaire.

Antécédents personnels. — Le malade, depuis la mort de sa mère, vit seul avec son frère. C'est lui qui faisait le ménage, tandis que le frère aîné travaillait dans une usine. Lui-même faisait quelques journées aux champs chez des paysans.

Vers juillet 1894, il s'est senti brûlé; il avait une chaleur considérable et une soif ardente. Il était un peu égaré et comme fou. C'était, dit-il, le soleil qui le brûlait d'une façon beaucoup plus forte que d'habitude. « Le soleil le cherchait ». Huit jours auparavant, étant sorti dans la campagne, il vit au-dessus du brouillard un globe blanc dégageant une chaleur intense et d'où sortaient des cris. C'était le soleil qui s'était approché plus près que d'ordinaire et qui tournait hors de sa route habituelle autour de la terre. « Ce sont, ajoute le malade, probablement les curés qui font la chose ».

Le malade n'a pas encore fait sa première communion. paraît qu'il y a un an on a voulu la lui faire faire, c'est à cette époque que les prêtres ont voulu lui faire voir le soleil, et il se doutait de quelque chose depuis ce temps là. A l'entrée le malade présente l'état mental que son récit indique. C'est un illettré, d'intelligence peu développée. La mémoire est assez bonne.

Il a eu et il a encore de l'agitation nocturne.

Etat physique. — Taille 1 m. 53, poids 36 kgs. Deux bosses pariétales saillantes et proéminentes. Oreilles grandes, minces, faiblement ourlées. Palais normal. Une saillie sur la ligne médiane. Dents normales. Les incisives inférieures sont un peu crénelées. Organes génitaux très peu développés. Testicules de la grosseur d'un noyau de cerise. Léger degré de phimosis. Pas de poils, quelques-uns seulement au scrotum.

Rien d'appréciable au cœur ni aux poumons.

Cicatrice d'adénite cervicale suppurée.

Insomnie. Constipation opiniâtre.

Les jours suivants, le malade parle volontiers, s'étend avec complaisance sur ses idées délirantes, qui sont bizarres, enfantines,

tendent un peu à se stéréotyper. Elles roulent exclusivement sur l'action du soleil qui le poursuit.

17 novembre. — Le malade est calme, tranquille, dort bien, sans rêves. L'appétit revient, la constipation diminue.

21 novembre. — Le malade refuse le traitement tonique qui lui a été prescrit. Il s'excite le jour, a cherché à se sauver et a fait avec une pierre, dans le mur en pisé de la cour, un trou en dix minutes. Dort bien la nuit.

Vers le 15 décembre, le malade retombe en mauvais état, il est faible et sa mine s'altère. Quelques râles humides à droite dans une zone submate. Pas de réaction générale. Température 37°.

18 décembre. — Matité généralisée à droite, vibrations thoraciques accrues, voix nasonnée. Bruits de froissement en plusieurs points. Gros râles humides. Souffle pas très pur à la base en arrière. Au sommet droit, gros râles humides. Expiration prolongée.

22 décembre. — Hémoptysie assez abondante et crachats rouillés. Température du soir à 38°3.

Du 24 au 26, la respiration reparait un peu à droite, la matité semble diminuer. Sueurs profuses le matin. Herpès labial. Température à 38°8.

Le 26, après une période d'amélioration, température brusquement à 40°1. La matité, qui a diminué en arrière, est plus marquée en avant au sommet droit. Crachats épais. L'examen bactériologique y révèle des bacilles de Koch. Les deux genoux sont gonflés et douloureux. Epistaxis abondante.

Le 28. — Amélioration de la fluxion articulaire. Souffle doux et frottements en arrière à droite. Eruption prurigineuse aux jambes.

Le 29, tout le poumon présente des râles humides. Mais la sonorité normale reparait en arrière, et la matité se limite en avant. La température vespérale atteint toujours 39°6, avec rémission matinale.

Au moment de la température du soir, il n'y a pas de délire, mais quelques idées de persécution. Le malade se dit empoisonné. A certains moments, mutisme ; il est impossible de le faire parler.

Jusqu'au 9 janvier 1895, ce malade s'améliore progressivement, mais il a toujours un peu de fièvre le soir, jusqu'à 38°7.

Le 16 février 1895. — Etat général bon ; le malade n'a plus de

température, bon appétit, est tranquille, a demandé à se lever.

Aux poumons, on constate de la submatité dans toute la hauteur du poumon droit, qui va en augmentant vers le 1/3 inférieur. A l'auscultation, on a dans les 2/3 supérieurs une inspiration rude, à la fin de laquelle on observe quelques râles et des frottements. Expiration soufflante et prolongée. A la base, obscurité de la respiration, qui est mal perçue aux deux temps; pas de râles. Traitement par le carbonate de gaïacol.

Mars 1895. — *Le malade est amélioré au point de vue mental.* Il ne parle plus de ses anciennes hallucinations, il dit simplement avoir eu un coup de soleil et qu'à ce moment il lui a semblé que le soleil s'approchait de lui.

4 mars. — Hémoptysie hier. Gargouillements très marqués à droite. Quelques jours après, conjonctive phlycténulaire.

Août 1895. — *Amélioration mentale complète.* Cet état se maintient pendant un an. L'état physique semble stationnaire. Le malade grandit beaucoup. Travaille à la cuisine.

En 1897. — Année mauvaise au point de vue mental. Le malade a de nombreux accès d'agitation pendant lesquels il est très méchant. Ces accès sont entrecoupés de périodes de demi-stupeur, pendant lesquelles le malade reste couché ou immobile sur un banc.

En septembre 1897. — Les accès d'agitation ont à peu près disparu, mais le malade reste inerte. Il a depuis longtemps cessé tout travail; il se borne à se promener de long en large. Quelques hallucination auditives. Pendant toute cette période, l'état pulmonaire n'a pas changé. Ce sont les mêmes signes qu'en 1895. Il y a eu, en 1898, une période où le malade a fait une érysipèle de la face, avec température à 40°.

Le 1^{er} avril 1898. — Abscess de la paupière inférieure. Adénite cervico-faciale. Les ganglions sous-maxillaires sont pris à droite et à gauche. Suppuration et incision. Le pus n'a pas laissé voir bactériologiquement de bacilles de Koch. Le malade n'expectorant pas ses crachats, on n'a pu les examiner bactériologiquement.

L'état mental subit en ce moment encore une transformation. Le malade reste enfoncé dans son lit, refuse de parler, et, quand on l'interroge avec insistance, répond avec un coup d'œil méfiant «qu'il sait bien des choses». L'état pulmonaire est le suivant :

Submatité dans toute l'étendue du poumon droit. Expiration prolongée, frottements disséminés. Signes cavitaires au sommet droit.

OBSERVATION XIV

Confusion mentale tuberculeuse
(Personnelle)

Esc..... Victor-Emile. Entré à l'Asile le 25 mars 1927, venant du service d'isolement de M. Lépine, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, 37 ans, cordonnier, célibataire.

A son entrée dans le service il répond bien aux questions qui lui sont posées concernant son âge, sa profession, son domicile, la date et le lieu de sa naissance. Par contre, il est impossible de lui faire préciser dans quelles conditions il a été amené à l'Asile, et il ignore son séjour préalable à l'Hôtel-Dieu.

Le malade est célibataire. Il avoue un gros éthylisme, buvant en moyenne plus de deux litres de vin par jour, auxquels viennent s'ajouter des apéritifs divers.

La nuit il est sujet aux cauchemars (zoopsies, rêves professionnels).

A l'examen, il donne l'impression d'un homme beaucoup plus agité qu'il n'est en réalité. Il présente des varicosités des pommettes et un tremblement marqué de tout le corps, rendant la marche difficile.

C'est un confus avec affaiblissement intellectuel certain. Les reflexes sont vifs et égaux. Les pupilles réagissent bien à la lumière.

Examen somatique : Foie gros et dur. Pas de rate.

Rien au cœur.

Aux poumons : matité marquée du sommet droit jusqu'au tiers moyen inclusivement et submatité du sommet gauche. Retentissement exagéré des vibrations vocales. Ce qui domine à l'auscultation, ce sont des signes de bronchite chronique diffuse, surtout marquée au sommet droit. La toux est très marquée, l'expectoration de gros crachats numulaires, verdâtres, est très abondante. La température est entre 38 et 39, avec quelquefois poussée au-delà de 39. L'amaigrissement est, par ailleurs, assez considérable, bien que l'appétit soit conservé.

Le 25 mai 1927. — Etat mental très amélioré. Persistance de la toux, sans phénomènes généraux.

OBSERVATION XV

Confusion mentale tuberculeuse.

(Personnelle)

Go..... Lucien. (30 ans).

Entré à l'Asile de Bron, le 30 mars 1920.

On n'a aucun renseignement sur sa famille, car il s'agit vraisemblablement d'un enfant trouvé, et il est incapable de donner quelque renseignement que ce soit.

C'est, en effet, un malade profondément troublé, absolument indifférent à toutes les paroles, qui garde le mutisme le plus complet et n'a pas ouvert la bouche durant tout son séjour à l'Asile. Au début de son internement, quelques crises d'agitation, puis rapidement confusion absolue.

La tuberculose pulmonaire a été constatée dès le début. Lorsque nous avons vu le malade pour la première fois en janvier 1927, l'état psychique était exactement le même qu'à son entrée. Il n'avait aucune réaction, sauf toutes les apparences de la crainte au moment où nous l'approchions. Signalons enfin qu'il était saisi par moments de tremblement surtout des membres supérieurs, petits mouvements convulsiformes, assez mal systématisés, ne ressemblant aucunement à des crises d'épilepsie, même larvée. Ce tremblement était plus considérable lorsque nous l'oblions à s'asseoir pour l'ausculter.

Sa déchéance physique était profonde. Il présentait une fièvre très marquée, température à grandes oscillations, sans aucune rémission, une cachexie progressivement profonde, difficultés à s'alimenter.

Au point de vue pulmonaire, ausculté plusieurs fois, il a toujours eu les signes d'une bacillose évolutive caséuse du poumon droit, avec fonte progressive, et il présentait deux abcès froids de la paroi thoracique, ponctionnés deux fois en février 1927, et qui se sont résorbés spontanément au début de mars.

Mort dans la cachexie complète le 27 mars 1927.

Autopsie le 29 mars 1927. A l'ouverture de la paroi thoracique, on constate que les deux abcès qui s'étaient refermés ne sont pas résorbés, mais sont passés entre les groupes musculaires intercostaux et sont maintenant sous-costaux. Ils ne sont pas d'origine

pulmonaire, mais osseuse.

Le poumon gauche se décolle très facilement.

Le poumon droit, au contraire, est extrêmement adhérent, adhérences parenchymateuses qu'on est obligé de léser pour libérer le poumon.

Les anses intestinales sont distendues.

Macroscopiquement :

Le poumon gauche est très congestionné au sommet, mais il s'agit de congestion post mortem. A l'ouverture, aucune lésion, aucune granulation.

Le poumon droit présente une caverne de grosseur moyenne dans le lobe supérieur, et deux cavernes plus petites au sommet du lobe moyen. En outre, tout le parenchyme, surtout dans la partie moyenne et inférieure, est semé de granulations extrêmement abondantes et très confluentes. Chacun des poumons pèse 750 gr.

Les séreuses sont normales. Pas de traces de liquide.

Le péricarde et le cœur (300 gr.) sont normaux.

Le foie, qui pèse 800 gr. est normal d'aspect, mais les coupes montrent quelques granulations disséminées.

Les reins (300 gr. chaque) n'ont aucune lésion. *Les surrénales* (10 et 15 gr.) semblent normales.

La rate (450 gr.) est grosse, congestionnée, turgescente, sans pourtant présenter aucune lésion macroscopique ; en particulier il a été impossible, en renouvelant les coupes, de retrouver aucune granulation.

Cerveau 1650 gr. *Cervelet*, 750 gr. Les *méninges* sont dures, nettement épaissies par endroits, avec des veines turgescentes. On arrive difficilement à les décoller, surtout vers la base, sans déchirure. Le cerveau apparaît sans grosses lésions macroscopiques. Pourtant, il est nettement plus congestionné au niveau de la Sylvienne et au niveau de la zone rolandique ; de plus, à ce niveau, on remarque des veines augmentées de volume, turgescentes comme celles des méninges ; les lobes frontaux sont nettement infiltrés et congestionnés par rapport au reste de l'encéphale. *Le cervelet* ne présente pas, apparemment, de lésions.

Examen microscopique (dû à l'obligeance de MM. les Docteurs DECHAUME, chef de travaux, et CROIZAT, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté).

Surrénale : en pleine substance corticale, on rencontre des granulations tuberculeuses, typiques, avec, au centre, une plage caséuse, quelques débris nucléaires, une couronne de cellules épithélioïdes et de cellules lymphoïdes. Il n'existe pas de tissu fibreux au voisinage ; il s'agit d'un processus récent de granulie tuberculeuse. Les cellules surrénales au voisinage, présentent des stigmates de dégénérescence graisseuse.

Rate. — Semis de granulations du même type.

Dure-mère. — Rien de particulier.

Cervelet. — L'examen par les méthodes de coloration ordinaires (hématéine, éosine, safran) ne montre pas de lésions profondes de la substance nerveuse. Il ne semble pas y avoir de lésions anciennes avec modification de l'architecture de l'écorce. Ce qui frappe d'emblée, c'est la présence d'une méningite *récente*, avec dilatations vasculaires, manchon lymphocitaire, sans que toutefois nous ayons vu de déformations spécifiques de la tuberculose. Cet état inflammatoire de la méninge se prolonge dans la partie superficielle de l'écorce, où l'on voit des vaisseaux dilatés, avec des éléments lymphocitaires symptomatiques autour d'eux.

Ce processus est un processus terminal aigu.

Cerveau. — Les deux coupes d'écorce cérébrale ont été examinées après simple coloration à l'hématéine-éosine safran. L'imprégnation à l'argent permettant d'étudier les fines lésions cellulaires n'a pas été faite. D'ailleurs, ce qui domine, c'est un processus *aigu, récent*, qui gênerait pour l'appréciation de lésions chroniques antérieures.

En effet, les coupes nous montrent des méninges molles fortement congestionnées, avec vaisseaux très dilatés, avec une infiltration lymphocitaire confluyente en manchon périvasculaire. Cet état inflammatoire méningé ne présente pas de formations spécifiques permettant d'affirmer la tuberculose, qui cependant est fort probablement en cause. Cet état inflammatoire s'étend dans les premières couches de la corticalité, les petits vaisseaux sont fortement dilatés, avec des manchons périvasculaires à lymphocytes, avec des éléments cellulaires inflammatoires disséminés dans la substance grise.

Cette méningo-encéphalite est fort probablement d'origine tuberculeuse. Elle est récente, et elle masque peut-être des lésions chroniques qui, si elles existent, sont relativement peu importantes.

OBSERVATION XVI

Tuberculose. Psychose toxi-infectieuse. Accès de dépression et d'agitation avec bouffées confusionnelles

(Séglas et Lhermitte, Société de Psychiatrie de Paris, 24 juin 1909.)
(In *Encéphale*, 1909, p. 88 et suiv.)

Louise B..., 25 ans.

Entrée à la Salpêtrière le 18 février 1909. Sa mère aurait eu des accidents mentaux dont les caractères n'ont pu être précisés.

Elle même n'a jamais rien eu de particulier au point de vue mental jusqu'au début de la maladie actuelle.

Au début de 1908, à la suite d'un mariage manqué, elle a quitté Montereau où elle vivait dans sa famille et elle est venue seule à Paris chercher du travail. Elle est tombée dans une profonde misère. Abscès ganglionnaire de la région cervicale droite à cette époque. Une personne charitable l'a placée dans une maison de convalescence des environs de Paris, dirigée par des religieuses. Pendant cinq mois elle s'y est très bien conduite, on l'y appréciait beaucoup. En décembre 1908, il y eut quelques petits vols commis dans la maison, et l'on soupçonna une jeune fille qui s'appelait Louise, comme notre malade. Celle-ci ayant entendu, par hasard, une conversation à ce sujet, crut que c'était d'elle qui s'agissait.

La nuit suivante elle eut une crise de désespoir, criant « qu'on l'accusait, qu'elle était condamnée ». Le lendemain, elle était plus calme, mais déraisonnait doucement, disant qu'il fallait qu'elle parte, qu'elle expie.

Vers 10 heures du soir elle s'enfuit. On la retrouve à la gare, en chemise et en jupon, les pieds nus, échevelée, voulant monter dans le train. On la ramène à la maison sans résistance, on prévient la famille et un médecin établit un certificat d'internement.

Mais, comme elle était un peu plus calme, sa mère la laissa à Paris, chez des amis, et retourna en province.

Aussitôt seule, la jeune fille s'enfuit, prit le train et retourna à la maison des sœurs. La supérieure la voyant toujours aussi égarée, la fit conduire le 10 décembre dans sa famille. Après une phase d'accalmie, pendant le mois de janvier, les accidents délirants s'exaspèrent au début de février 1909, et c'est alors que la famille l'amena à la Salpêtrière.

Le 18 février 1909. A l'entrée, la malade se présente sous un aspect qui rappelle un peu celui de la mélancolie anxieuse. Elle ne s'agite pas mais gémit, soupire et pleure constamment. Auto-accusation. « Elle se reproche ce qu'elle a fait chez les sœurs et ne se le reprochera jamais assez. Elle a mal fait. Il faut qu'elle expie parce que le Bon Dieu le veut pour la chair, pour l'honneur, pour l'Eglise. Il faut qu'elle se fasse religieuse ». Déjà elle s'est coupé les cheveux en guise d'expiation. Délire monotone, pas de fuite des idées, ni d'arrêts de pensée ; degré notable de confusion ; toutefois sans désorientation réelle. Rien de particulier du côté des réactions psychomotrices. Sommeil irrégulier.

Signes de tuberculose du sommet pulmonaire droit.

Les jours suivants, Louise est plus calme, s'occupe un peu à la couture. Mêmes idées de culpabilité et d'expiation. Confusion plus accentuée. « Elle ne sait plus rien, elle ne comprend plus. »

Le 12 mars. — La malade reste constamment à genoux près de son lit, tournée vers la fenêtre, les yeux levés au ciel, fixes, les mains jointes, récitant indéfiniment des prières à voix basse. « Une voix lui commande de prier le Bon Dieu et la Sainte Vierge. C'est une voix dépourvue de son, intérieure (elle montre l'épigastre). » Bien qu'elle ait l'air de prier avec ferveur, en réalité, elle ne sait guère ce qu'elle dit, embrouille ses prières les unes dans les autres, recommence plusieurs fois les mêmes sans les terminer.

Le 16 mars. — Toujours en larmes, mais fait de la couture tout en marmottant à voix basse des prières « pour faire pénitence ».

Le 18 mars. — Dans l'après-midi, agitation soudaine, telle qu'on est obligé de maintenir la malade dans une fauteuil. Elle chante : « Si j'étais hirondelle », recommençant indéfiniment le même couplet et tenant les bras en croix. Impulsions subites. Elle échappe à sa garde, monte sur l'appui des fenêtres, casse les carreaux, déchire sa robe en petits morceaux qu'elle cherche à avaler. Alimentation difficile, car elle ne cesse de crier et rejette tout ce qu'on veut lui faire prendre.

Le 20 mars. — Agitation continue plus intense, purement motrice, sans aucun phénomène d'excitation émotionnelle ou intellectuelle. La malade remue constamment sur sa chaise, balançant les jambes, ne chantant que « tra la la » sur un rythme

monotone. Aspect général mauvais ; faciès tiré, lèvres sèches, fuligineuses, constipation, insomnies. Pas de température.

Le 23 mars. — Agitation de plus en plus intense, de même caractère purement moteur. La malade chante « ron, ron, pata-pon », sans aucune variante. Elle rythme en frappant des deux pieds le sol, le bras gauche levé verticalement, le droit battant la mesure sur le bras du fauteuil. Quand elle est fatiguée, elle alterne, lève le bras droit et rythme avec le gauche, ou lève les deux bras à la fois. Elle s'interrompt seulement pour porter les mains aux parties génitales. Elle est à peu près complètement nue. Dès qu'on s'approche d'elle, elle cesse de chanter pour vous injurier : « F... la paix, espèces de vaches, chameaux, p..... ». Faciès amaigri, traits tirés, yeux fixes, saillants, égarés. Elle a l'air exténué. Pas de température. L'examen physique est impossible en raison de l'état d'agitation, des cris.

24 mars. — Même agitation, la malade répète toujours son « ron, ron ». De temps à autre, elle s'interrompt pour injurier les infirmières, ou pour dire cette phase stéréotypée : « J' veux faire la noce, j'veux m'amuser. » Tentatives incessantes d'onanisme, crachottement.

L'état d'épuisement est tel qu'elle ne peut plus ouvrir les yeux ni tenir la tête droite. Pas de symptômes méningitiques, pas de symptômes abdominaux. Auscultation impossible. Température 38°5. Même état les jours suivants.

31 mars. — La température, montée hier soir à 40°8, est ce matin à 38. Agitation moindre que les jours précédents. La malade ne chante plus, mais répète à satiété, sur un ton monotone, les infirmières, ou pour dire cette phrase stéréotypée : J'veux m'amuser ». Elle est plus consciente du milieu, proteste quand on la découvre pour l'examiner, et dit « qu'elle ne veut pas qu'on la montre comme cela ».

Pommettes cyanosées, lèvres sèches, violacées. Pas de dyspnée, ni de toux, ni d'expectoration. Submatité de tout le côté gauche du thorax en arrière ; râles ronflants et sibillances disséminées ; râles sous-crépitaux en bouffées fixes dans la fosse sous-épineuse.

Rien du côté de l'abdomen et des voies digestives. Aucun symptôme méningitique. Température 39 le soir.

Les jours suivants l'état mental reste à peu près le même.

Mais l'état général et les symptômes pulmonaires s'aggravent. Après avoir oscillé entre 38 et 39°6, le 6 avril, la température monte à 40°4. Le 7 elle est à 41 et la malade meurt le 8 avril.

En résumé : Tuberculose pulmonaire ancienne. Absès ganglionnaire récent. Début subit des accidents délirants qui, après une courte période de rémission incomplète et depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, se présentent sous deux aspects successifs : d'abord état dépressif avec idées d'autoaccusation, s'accompagnant d'un certain degré de confusion; puis, survenant brusquement, état d'agitation motrice, impulsions, attitudes de mouvements systématisés, verbigérisation. Etat général grave, granulie terminale. Cet ensemble symptomatique, l'évolution des troubles mentaux encadrés entre un abcès ganglionnaire et une granulie terminale, nous ont conduit à penser qu'il s'agissait d'une psychose toxi-infectieuse en rapport avec la tuberculose.

Autopsie (Lhermitte). — Les recherches anatomopathologiques que nous avons pu faire ont montré que, dans ce cas, les lésions portaient à la fois sur les méninges, les vaisseaux et les éléments nerveux eux-mêmes, c'est-à-dire sur l'ensemble des tissus de l'encéphale.

Du côté des méninges : existence d'un épaissement discret de la pie-mère au niveau des lobes frontaux, sans processus inflammatoire récent, mais avec quelques foyers hémorragiques. En certains points, le foyer hémorragique capillaire s'était insinué entre la pie-mère et la surface des circonvolutions, et formait une nappe isolatrice. Cette méningite hyperplastique, en dehors des hémorragies très récentes qu'elle présente, doit être ici considérée comme une lésion *préalable*, et son apparition n'est certainement pas contemporaine des autres altérations de l'encéphale. Celles-ci sont surtout accusées au niveau du lobe frontal et des circonvolutions motrices et consistent : 1° dans la destruction d'un certain nombre de cellules pyramidales; 2° dans les altérations plus ou moins grossières des éléments corticaux. Nous avons noté qu'un grand nombre de cellules avaient perdu leurs prolongements, ou que ceux-ci étaient diminués de volume, petits, tortueux, fragmentés, difficilement colorables, qu'un grand nombre de cellules pyramidales étaient en chromatolyse totale, que certaines présentaient des vacuoles ou des blocs pigmentaires; 3° dans les régions où les éléments nerveux étaient lésés, on constatait une proliféra-

tion modérée des cellules névrogliques, avec, çà et là, des phénomènes de neurophagie.

Les fibres nerveuses de l'écorce présentaient peu d'altérations ; la méthode de Weighert montrait seulement une démyélinisation discrète des fibres du réseau superficiel, mais les fibres cylindraxiles étaient conservées, ainsi qu'on pouvait s'en rendre compte sur les coupes traitées par la méthode de Bielchowsky.

Les altérations vasculaires étaient extrêmement discrètes ; cependant, au niveau du lobe frontal, certaines artéριοles qui, issues du réseau pie-mérien, s'enfoncent dans l'écorce, présentaient une dilatation de leur gaine lymphatique. Celle-ci contenait des macrophages bourrés de granulations pigmentaires, quelques cellules, et des débris de globules rouges.

Il s'agit donc d'une encéphalite dont les lésions portent surtout sur les éléments les plus délicats de l'encéphale : les cellules nerveuses.

Aussi bien la clinique que l'anatomie pathologique nous portent à attribuer à une infection les différentes altérations inflammatoires et nécrobiotiques que nous avons observées. Dans ce cas particulier, il semble que la tuberculose pulmonaire *subaiguë* à laquelle la malade a succombé constitue **cette infection primitive** dont les modifications encéphaliques auraient été le reflet.

OBSERVATION XVII

Délire hallucinatoire toxi-infectieux d'origine tuberculeuse

Tuberculose à forme ganglionnaire prédominante

Ch..... Marie, 18 ans, employée, célibataire.

Entrée à l'Asile le 24 mars 1926, venant de l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Lépine.

Le 25 mars : malade extrêmement agitée. Bien orientée, répond volontiers aux questions et parle pour son compte.

Mère bien portante, n'a pas eu de fausse-couche.

Père travaille dans les câbles électriques.

Trois frères et sœurs bien portants. Une tante aurait eu à un moment donné des idées de persécution.

La malade ne peut donner de précisions sur ses maladies antérieures. En 1920-23, anémie avec affection pulmonaire.

Réglée à 16 ans, en juin 1924, une fois seulement, elle n'a plus rien vu depuis.

Agitation motrice et psychique considérable. La malade chante, crie; elle fait des associations d'idées superficielles, elle a de fausses reconnaissances, etc.

Etat général assez bon.

Sueurs abondantes. Etat saburral des voies digestives supérieures.

Rien à signaler au cœur.

Réflexes un peu vifs, mais rotuliens et achilléens égaux.

Pupilles normales, réagissant bien à la lumière.

Dentition extrêmement mauvaise.

A ce moment, l'auscultation n'a rien révélé aux poumons.

Le 15 avril 1926. — A certains moments, la malade se trouve dans un état d'excitation catatonique typique, avec répétition des mouvements, des mêmes mots, des mêmes gestes. Cris incohérents, le tout durant pendant des heures et nécessitant le calmage. Lorsqu'on interroge la malade à ces périodes, elle est complètement confuse et désorientée, mais à ces crises succèdent des périodes plus calmes, pendant lesquelles la malade répond aux questions posées, tout en restant assez obnubilée. C'est au cours d'une de ces périodes qu'on a obtenu les renseignements ci-dessus.

Actuellement, à un nouvel interrogatoire, la malade tient des propos incohérents : son pied n'est pas à elle, mais à son frère, etc., etc.

Mai 1926. — La malade est très améliorée. Elle est sortie de la phase de confusion dans laquelle elle se trouvait ces derniers temps. Son père vient la voir. Il a l'aspect typique d'un alcoolique, quoiqu'il nie obstinément tout usage de vin.

La malade paraît avoir été intelligente, travaillait dans une fabrique de bonbons et aurait eu dernièrement une période de surmenage à cause d'un travail urgent.

4 juin 1926. — La malade est actuellement très améliorée. Elle se souvient de la période d'agitation, dont « elle garde un bon souvenir ». Mémoire conservée.

Elle dit avoir entendu au moment de cette période « comme un chuchotement aux oreilles ». Elle voyait aussi une vipère, qui s'enroulait autour de son cou et entre ses jambes. Elle entendait

son sifflement. « Cette vipère était de la couleur de la fourragère ».

Actuellement, la malade convient que c'étaient là des idées délirantes.

Aménorrhée depuis trois mois.

On constate une adénite cervicale double en pleine poussée évolutive et qui va en augmentant.

Le Docteur Bourrat, qui vit cette malade au dispensaire, a résumé ainsi l'observation : « Il s'est agi d'une bouffée délirante hallucinatoire sans aucune systématisation, sans autre signe de confusion qu'un peu de désorientation dans le temps. Mais le phénomène intéressant chez cette malade réside précisément dans ce fait qu'elle est une bacillaire ganglionnaire (ganglions sous-maxillaires, ganglions intrathoraciques formant une grosse masse médiastinale très visible à la radioscopie (vue au dispensaire du VII^e arrondissement ou elle a été adressée).

Pendant sa bouffée délirante précisément, ces ganglions ont subi une augmentation considérable, particulièrement ceux du cou pour lesquels on a pu constater l'évolution et qui ont atteint le volume d'un œuf de poule.

La température du reste s'est montrée irrégulière, mais avec des poussées fébriles manifestes ».

OBSERVATION XVIII

Délire hallucinatoire polymorphe.

Tuberculose pulmonaire évolutive

(Personnelle)

N.... Léon, entré à l'Asile de Bron le 20 janvier 1927 ; porteur de dépêches, 19 ans.

A été interné parce que, dans la matinée du 20 janvier, il a, étant seul dans l'appartement de sa mère, déménagé au cours d'une « crise », mobilier et objets divers par la fenêtre.

Son père est mort à 63 ans d'affection d'estomac liée très probablement à un gros éthyisme. Sa mère, vivante, est « nerveuse », mais en parfaite santé. Pas de frères ni de sœurs.

Lui-même n'a eu dans son enfance aucun antécédent morbide à retenir jusqu'à ces derniers temps. Il a été soigné, en novembre, à l'hospice du Perron (service de M. le docteur Garin) pour tuberculose pulmonaire légère. A la suite de son séjour au Perron, il semble qu'il ait été très amélioré.

Il semble que les troubles psychiques se soient manifestés brusquement le 20 janvier par des hallucinations. Il dit en effet que ce matin-là il a entendu des voix qui lui ordonnaient de tout jeter par la fenêtre. Il se rendait compte que ces voix ne venaient pas de la foule, attirée par ce déménagement imprévu, qui s'était massée dans la rue. Pourtant, depuis un ou deux jours, nous dit quelques jours plus tard sa mère, il n'était pas bien, avait sans doute un peu d'évolution du côté de son poumon. Il était resté à la maison ce jour-là à cause de sa faiblesse, et sa mère l'avait laissé seul quelques instants afin d'aller prévenir que son fils ne pourrait venir travailler.

Il semble bien aussi qu'il ait eu, de temps à autre, déjà des hallucinations visuelles, puisqu'il nous affirme avoir « vu », place Raspail, son père, mort depuis quelques années.

Il a en ce moment toute la gamme des hallucinations visuelles, auditives, sensorielles. Devant nous, il vient d'entendre une voix qui lui dit : « Tu casseras ta pipe. » Il affirme enfin qu'on lui envoie du fluide au bout des doigts, dans le dos, etc... Répond assez bien aux questions, est bien orienté dans le lieu et le temps, mais s'arrête parfois de répondre ou de nous écouter pour tourner son attention ailleurs. Rit de temps à autre niaisement, sans aucun motif. A des tics incessants des paupières et des groupes musculaires du visage.

Au point de vue pulmonaire, on note : submatité des deux fosses sus et sous-épineuses, avec obscurité respiratoire, sans signes adventices. Pas de sueurs, pas de température, pas de points douloureux. Tousse et crache un peu.

Le 3 février 1927. — Le malade nous dit aujourd'hui qu'il a un frère employé aux chèques postaux. Il continue ici tous ces jours à entendre des voix. C'est ainsi qu'à l'instant où nous l'interrogeons, il entend « des discours sur ceux qui ont été à l'école avec lui » ; « le petit marin de La Flèche ne lui en veut pas » ; « tu es un phénomène ». En somme, délire assez confus, sans aucune tendance à la systématisation.

A l'auscultation : submatité plus marquée du sommet gauche, tant en avant qu'en arrière, diminuant à mesure qu'on atteint la base, avec à ce niveau une respiration superficielle et rude, surtout à la hauteur du hile. Actuellement ne tousse ni ne crache.

16 février 1927. — Est encore très troublé, sans changement dans son état psychique.

A présenté une évolution de son foyer tuberculeux gauche, avec toux, expectoration, points douloureux sous l'omoplate, température à 38, 38.5, nombreux râles secs et sous-crépitants dans l'espace interscapulovertébral, et des bruits de pleurite surajoutée.

Sa mère, vue aujourd'hui, nous a donné quelques renseignements sur la famille, a parlé d'un coup que N... aurait reçu il y a peu de temps sur la tête. Mais elle insiste sur le fait très intéressant qui suit : son fils est un tuberculeux soigné pendant plus d'un mois au Perron. A ce moment, dit la mère, son caractère aurait peu changé ; il se croyait peu atteint et avait l'espoir de guérir. A la fin de décembre, il passa son conseil de revision et fut réformé en raison de sa bacillose pulmonaire. « A partir de ce moment, il se montre affecté par la décision du conseil de revision, paraît en avoir déduit qu'il était, non seulement incurable, mais destiné à disparaître bientôt. » Il a fait, semble-t-il, à la suite, quelques idées hypocondriaques, voire quelques idées de mélancolie : il pleurait facilement, restait taciturne, refusait de s'alimenter. Cela n'a d'ailleurs pas duré, et on n'a plus revu depuis cette tendance au négativisme.

Il n'en reste pas moins vrai que son père, malgré ce que paraît en dire la mère, était un alcoolique mort d'excès alcoolique, que le malade est un petit dégénéré présentant un tempérament nerveux, avec de nombreux tics, en particulier au niveau de la face. Sur ce terrain dégénéré, la tuberculose a sans doute occasionné ses ravages, et, cercle vicieux, augmenté la prédisposition aux troubles psychiques. Et mieux, ceux-ci semblent bien s'être manifestés au cours d'une poussée évolutive du côté de son poumon. Il est à remarquer d'ailleurs que les troubles psychiques ont précédé de quelques jours cette poussée évolutive qui se préparait.

OBSERVATION XIX

Manifestations bacillaires multiples. — Encéphalite tuberculeuse sans méningite vraie. — Température, céphalée tenace, hoquet, délire onirique. — Guérison.

C.... Marie, 23 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. Lépine,

le 2 mai 1925. Vient du service du docteur Patel où elle a subi une intervention sur les métatarsiens (ostïte tuberculeuse).

Père vivant et en bonne santé. Mère morte d'un cancer du sein. Quatre frères ou sœurs vivants, dont une sœur tuberculeuse. Deux frères morts en bas-âge.

N'aurait pas été malade dans son enfance. Réglée à 18 ans. Fièvre typhoïde à 21 ans, suivie de congestion pulmonaire. Grossesse l'année suivante ; l'accouchement a eu lieu à la Charité et a été suivi de fièvre puerpérale pour laquelle on a pratiqué un abcès de fixation. L'enfant est vivant et bien portant.

En 1924, la malade a fait plusieurs hématuries qui l'ont conduite à Saint-Pothin chez M. Gayet, où elle a subi deux interventions sur le rein droit et le rein gauche. A gauche, on a découvert un abcès périrénal. Le rein droit était volumineux, et l'on a pratiqué de chaque côté une décapsulation.

Dès cette époque s'est développée une petite tuméfaction sur le bord externe de l'avant-pied droit, qui a nécessité une ponction le 4 février 1925.

Le 21 février, intervention dans le service de M. Patel ; sous-rachi-anesthésie, tarsectomie antérieure (la portion externe du tarse était complètement envahie). Plâtre, cicatrisation, marche douloureuse, mais altération de l'état général. Température à oscillations atteignant 40°. Etat prostré.

Le 29 avril 1925, l'état s'aggrave, apparition d'une céphalée extrêmement intense avec douleurs susorbitaires. Etat lypothymique. Pas de vomissements.

Le 2 mai 1925. — La céphalée est très vive et provoque une agitation marquée. Elle arrache à la malade des cris qui ont le caractère du cri hydrencéphalique. La photophobie est nette. On ne constate à l'examen ni raideur de la nuque, ni Kernig, ni paralysie oculaire. Les réflexes tendineux sont normaux aux membres inférieurs. On ne perçoit pas la rate. Pouls à 80. On a tendance à s'orienter vers le diagnostic de méningite bacillaire, et la malade est admise à l'isolement neurologique.

Le 5 mai 1925. — L'état s'aggrave encore. Poussée fébrile à 40°5. Un hoquet très pénible dure toute la journée. La nuque est un peu raide. Pas de signe net de Kernig. La constipation est marquée. Pendant toute cette période, délire intermittent du type

onirique, avec désorientation dans le temps et l'espace, paroles d'agitation incohérentes, surtout la nuit.

On pratique une ponction lombaire pour soulager la malade. Les deux envois de liquide céphalo-rachidien n'ont révélé qu'un liquide normal, tant au point de vue chimique qu'au point de vue cytologique. L'inoculation a été pratiquée.

Le 23 mai 1925. — Depuis plusieurs semaines la température est irrégulière. Par intervalle aussi sédation de la douleur. La malade demande à manger. Elle vomit de temps en temps, mais tolère en général l'alimentation solide qu'elle réclame. Elle accuse aussi certains jours des douleurs vésicales intenses sans mictions fréquentes. Pas d'hématuries constatées.

On pratique ce jour-là, à la suite d'une ponction lombaire, une injection intradermique de 5 à 6 cc. de liquide céphalorachidien.

Le 25 mai 1925. — L'état général n'est pas mauvais ; la malade ne souffre pas. Langue nette. Température à 38°.

Injection d'anatoxine 1/4 p (M. Boissel.)

Le 29 mai 1925. — Nouvelle injection sous-cutanée de liquide céphalorachidien, car la malade s'était de nouveau plainte de violentes céphalées en même temps que sa température remontait à 39°. Dans les jours qui suivirent, l'état reste grave, l'agitation considérable. Photophobie, vomissements fréquents. Pas de Kernig.

Le 10 juin 1925. — La température est tombée le 1^{er} juin, et le lendemain, en même temps que la céphalée s'atténue, sont apparus des ganglions sous-angulomaxillaires et cervicaux assez volumineux, très douloureux spontanément et au palper. A dater de ce moment, l'agitation et le délire s'atténuent et disparaissent.

Les vomissements continuent irrégulièrement. L'état général s'améliore. Cependant la température oscille autour de 38° ; le pouls est à 68, la langue bonne, le ventre assez souple.

Le 1^{er} août 1925. — Part pour la maison de convalescence. Amélioration de l'état général. Il persiste cependant la température vespérale. La suppuration du pied continue. Les ganglions sous-maxillaires ont tendance à diminuer.

Le dosage de l'urée du liquide céphalorachidien a révélé une dose normale.

OBSERVATION XX

Agitation maniaque chez une bacillaire ancienne.

L.... *Hélène*, 28 ans. Entrée à l'asile de Bron le 25 mai 1925.

Agitation psychomotrice considérable. Tentative de suicide.

L... fut souvent malade dans son enfance. Chorée à 11 ans, scarlatine qui suivit, coqueluche. A 13 ans, bronchite double.

Instruction plus qu'élémentaire. Cependant la mémoire est bonne et l'attention est normale (épreuve des a). La malade est bien orientée dans le temps et l'espace.

Elle a déjà été internée une fois en 1919, et également a fait un séjour à l'isolement de l'Hôtel-Dieu. Elle présentait des céphalées violentes et des douleurs gastriques. Elle tenta à ce moment de se suicider pour échapper à ces souffrances physiques.

Elle n'avait pas de chagrins, était bien tranquille et était venue à Lyon pour voir son oncle, lorsqu'elle eut brusquement une hémoptysie, suivie un peu plus tard de deux autres hémoptysies à peu d'intervalle.

Au point de vue pulmonaire, on note seulement, au sommet gauche, une respiration un peu soufflante et rude, sans aucun signe adventice.

En juin, la malade eut trois nouvelles hémoptysies. Son état pulmonaire se compliqua d'une péritonite bacillaire typique sans ascite.

OBSERVATION XXI

Tuberculose pulmonaire à tendance fibreuse, lentement évolutive, nombreuses hémoptysies, constipation opiniâtre. — Nervosisme, anxiété, accès mélancoliques.

(Due à l'obligeance de MM. les professeurs Courmont et Devic.)

Mme Bl..., 30 ans, ne présente que des antécédents peu importants ; rien de spécial au point de vue héréditaire ; parents âgés et bien portants. Le père est nerveux, la mère aurait eu à son âge un accès délirant qui a guéri.

Quelques maladies infectieuses de l'enfance.

Commence à être fatiguée en juillet 1922 : dépression générale, asthénie, nervosisme. Des hémoptysies surviennent à partir de septembre 1922 (trois de septembre 1922 à février 1923). Un mé-

decin consulté fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire. L'examen des crachats montre des bacilles de Koch. La malade est envoyée à la campagne. L'état général reste très bon, elle ne maigrit pas.

A la fin de l'année 1924, on lui parle d'un point de congestion à la base droite. Nouvelle petite hémoptysie au moment des règles, avec température subfébrile à la fin de 1924.

Pendant ces deux dernières années, elle tousse très peu et crache peu. Examinée par nous en décembre 1924, elle présente peu de signes à l'auscultation : quelques ronchus à la base droite, qui se dilate moins fortement que la base opposée dans les mouvements respiratoires. La radioscopie montre des masses hilaires bilatérales marquées surtout à droite, avec une petite plage voisine, obscure, au voisinage de ce hile droit. Le sinus droit s'éclaire mal et le diaphragme droit est surélevé. Il y a grande probabilité d'adhérence pleurale avec légère rétraction costale. Les crachats renferment quelques bacilles de Koch.

Deux mois après, la malade se trouve mieux, a pris deux kilos, tousse peu, crache deux ou trois fois le matin ; la température ne dépasse pas 37°5 ou 37°6 le soir. Gros appétit, bon état général. L'auscultation montre des ronchus bronchiques dans tout le poumon droit, mêlés de quelques râles disséminés, surtout à la base en arrière. La radioscopie montre une augmentation des ombres juxta-hilaires à la base droite, qui est occupée par des tractus déchiquetés formant une sorte de paquet qui se déplace avec les mouvements respiratoires.

Au point de vue nerveux, malade un peu agitée, sensible à la moindre émotion, dormant mal.

En février 1926, légère hémoptysie coïncidant avec les règles ; peu de toux ; quelques crachats jaunâtres.

Les troubles nerveux ont augmenté, notamment au moment des époques, où il y a de l'angoisse, des états presque syncopaux ; elle se plaint en outre de douleurs thoraciques bilatérales. Mêmes signes à la radioscopie et à l'auscultation, qui montre d'assez nombreux râles fins à la base droite.

En juin 1926, les signes pulmonaires se sont précisés ; les râles de congestion sont très nombreux à la base et s'étendent à la partie supérieure du poumon en arrière, mais plus rares. La radioscopie montre une augmentation des ombres diffuses, qui s'étend

dent maintenant à la partie sous-claviculaire ; du hile partent des ramifications noires qui envahissent tout le poumon.

Le poumon gauche est normal à l'auscultation et à la radioscopie, qui ne montre qu'un léger paquet ganglionnaire au hile.

En somme, il s'agit d'une tuberculose presque uniquement unilatérale droite, semblant avoir débuté par des signes de congestion à la base droite, et s'être étendue postérieurement à tout le poumon ; à forme nettement fibreuse, hémoptoïque, avec conservation d'un excellent état général.

D'autre part, troubles nerveux : agitation, angoisse facile, surtout depuis deux ans, et ayant augmenté en même temps que les signes d'envahissement du poumon droit.

En effet, depuis quelque temps, la malade a des crises plus caractérisées, mélancolie avec anxiété, idées d'indignité, tendance au mutisme. Il semble qu'il y ait un rapport direct entre l'évolution de cette forme fibreuse et toxique, et ces troubles nerveux.

M. le docteur Devic a vu la malade au point de vue psychique le 10 juin 1926. Il a noté dans ses antécédents : vie assez agitée : abandonnée à l'âge de 25 ans par un amant avec qui elle devait se marier, elle eut ensuite deux ou trois amants, puis se maria.

Depuis janvier 1926, elle souffre du ventre, et s' imagine être atteinte d'une gonococcie que rien ne justifie ; elle voit divers médecins, dont un radiographe qui la terrifie en lui décrivant toute une série de coudures intestinales ; en réalité rien que de banal sur les schémas.

Cet examen paraît être le point de départ de son état actuel : anesthésie abdominale ; se croit atteinte d'ovarite, de gangrène, etc., juste punition de sa mauvaise conduite passée ; raconte tout son passé génital, « ôse honorer son corps, roule dans le ruisseau », passé qu'elle n'avait jamais pris au tragique avant le mariage, et dont elle n'avait jamais eu de remords. De plus, la malade présente de l'angoisse, refuse de s'alimenter. L'interrogatoire a été très pénible et la malade n'a pas cessé de pleurer d'un bout à l'autre. Très réticente.

Depuis le début de ce délire, la malade est à 38°. A l'auscultation, râles humides dans une fosse sous-épineuse.

L'évolution est actuellement inconnue.

OBSERVATION XXII

Crises anxieuses avec hallucinations et délire systématisé de persécution ayant apparu progressivement au cours d'une évolution pulmonaire, et ayant cédé en même temps que les phénomènes pulmonaires traités par le pneumothorax thérapeutique.

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Cordier.)

Jeune femme de 23 ans, qui vient nous consulter le 9 février 1924 sur les conseils d'un confrère, en raison d'hémoptysies survenues quinze jours auparavant et consécutives à une bronchite banale datant d'un mois.

Au point de vue des antécédents héréditaires, on trouve un oncle mort de tuberculose (contamination possible). La mère a probablement fait une évolution à 24 ans. Père bien portant. *Aucune espèce de trouble mental ou intellectuel chez les ascendants. L'intégrité psychique paraît absolue.* On ne retrouve pas non plus d'hérédité de goître exophtalmique.

Comme antécédents personnels, coqueluche grave à 8 ans, suivie d'une période de bronchite ayant nécessité un séjour à La Bourboule et au bord de la mer.

Aucun épisode jusqu'à 17 ans. A ce moment pleurodynie, qualifiée de pleurésie sèche. Pas de radioscopie. Il s'est agi probablement de la seconde phase évolutive.

Mariage à 20 ans. Une fausse-couche, une grossesse normale. Enfant très bien portant, ayant présenté quelques ganglions cervicaux.

Il y a trois mois, surmenage, émotion vive (dissension avec sa belle-mère, changement d'appartement), amaigrissement progressif, toussottements ; fébricule nocturne, quelques sueurs ; puis hémoptysie.

A l'examen : matité unilatérale gauche dans les fosses sus et sous-épineuses. Inspiration rude, expiration soufflante ; craquements aux deux temps, perçus jusque dans l'aisselle, retentissement de la toux et de la voix.

Confirmation radioscopique. Homogénéisation positive.

La cure sanatoriale fut instituée et la malade partit pour Hauteville. Mais, parallèlement à cette poussée pulmonaire, on a vu apparaître depuis un mois des troubles mentaux caractérisés par : des angoisses nocturnes, avec difficulté à s'endormir ; la malade

avait l'impression qu'il existait un danger dans sa chambre. Peu à peu ce danger se précise sous forme d'un ennemi (sa belle-mère en l'occurrence). Au moment où la malade entra au sanatorium, cette impression s'était précisée ; elle avait l'impression constante, à partir de la tombée de la nuit, que sa belle-mère était là et lui voulait du mal, soit en la menaçant par ses paroles, soit par téléphonie sans fil ; ou bien qu'elle venait à Hauteville s'installer dans une chambre à côté, et parler à travers la cloison, causer à son propos du scandale dans l'établissement. Pendant la journée, ces hallucinations cessaient, mais la malade n'en faisait pas nettement l'autocritique. Elle restait, de plus, très réticente. De plus, extrêmement religieuse à l'ordinaire, il semble bien qu'elle ait fait quelques idées mystiques au même moment. C'est ainsi que lorsqu'elle se croyait menacée, elle se sentait protégée par la Vierge et par son ange gardien.

Il semble donc qu'on ait eu à faire à un délire systématisé à point de départ émotionnel, d'abord délire d'interprétation (car elle avait eu quelque raison de se plaindre de sa belle-mère), mais la phase sanatoriale s'est nettement accompagnée d'hallucinations auditives.

A ce moment-là la température oscillait entre 38°5, 39°. Cette phase de troubles psychiques coïncidant aussi nettement avec la poussée pulmonaire eut une durée de quatre mois.

Le pneumothorax fut proposé. A partir de la cinquième insufflation, la température est tombée, l'amélioration pulmonaire a été très rapide. Le pneumothorax donna très vite un résultat optimum. Parallèlement, et surtout en concordance avec la chute de la température, les troubles psychiques *ont complètement disparu*, et la malade put en faire la critique.

Depuis, elle a eu un autre enfant qui va très bien. Son pneumothorax existe toujours et va bien.

OBSERVATION XXIII

Tuberculose ulcéro-caséuse à forme hémoptoïque. — Mélancolie anxieuse. — Pneumothorax thérapeutique. — Guérison.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Courmont.)

M. M..., 38 ans. Ce malade vient consulter pour des hémoptysies à répétition en 1921.

Il a présenté depuis plusieurs mois un état de mélancolie anxieuse qui lui a fait recourir à deux reprises aux avis d'un professeur spécialiste. Il vient demander si le pneumothorax doit être employé pour traiter sa tuberculose pulmonaire. Il est atteint en effet d'une forme fibro-caséuse du sommet droit à évolution lente, mais à tendance hémoptoïque. Il a beaucoup maigri, mange assez peu et est très inquiet de son avenir. Fièvre modérée.

Le pneumothorax artificiel est décidé ; les injections sont faites facilement, sans aucun ennui, sans troubles réflexes, sans réaction spéciale.

Au cours du traitement classique survient un très grand épanchement : pleurésie séreuse à formule polynucléaire, à liquide légèrement louche et à reflet d'absinthe, mais non purulent.

Plusieurs ponctions sont pratiquées avec remplacement du liquide par de l'azote. Au bout de plusieurs mois, l'épanchement est tari, puis une symphyse pleurale s'établit.

Pendant ce temps, l'état général s'est considérablement amélioré, le malade a repris du poids, la température, qui a été assez élevée, surtout pendant la pleurésie, redevient normale et finalement le malade part pour le Midi presque complètement guéri.

L'augmentation de poids a continué, en même temps que revenaient les forces et l'activité.

Le sujet a pu reprendre une occupation active.

Pendant tout le cours du traitement par le pneumothorax et pendant la pleurésie, l'état d'inquiétude et parfois d'anxiété du malade s'est progressivement amélioré. Il n'a jamais présenté pendant la dernière période qu'une légère exagération des craintes rationnelles que peut avoir tout malade sur l'évolution de son mal.

Les troubles mentaux ont donc diminué, puis disparu soit sous l'influence du traitement de sa tuberculose, soit sous l'influence de la constatation de l'amélioration progressive par le malade lui-même.

A la date du 15 juin 1927, nous avons eu personnellement des nouvelles de M. M..., son pneumothorax est en bonne voie ; les insufflations ont lieu tous les trois mois ; l'état général est très bon et il ne semble pas y avoir de trace de sa mélancolie ni de son anxiété antérieures.

CHAPITRE III

Fréquence - Caractères

Nous ne pouvons guère penser, après ce que nous savons maintenant du polymorphisme des troubles psychiques étiologiquement rattachables à la tuberculose, à étudier ici cliniquement ces troubles. Cela n'avait sa raison d'être que lorsque, comme Voisin ou Clouston, on pouvait prétendre à décrire une « folie tuberculeuse » à signes tout à fait caractéristiques, et telle que sa constitution pouvait, sans aucun doute possible, provoquer le diagnostic de tuberculose. Actuellement, nous ne pouvons plus raisonner ainsi. Ce n'est donc pas une étude clinique qu'il importe de faire, mais bien plutôt il semble nécessaire de tenter une explication des modalités que présente l'intoxication bacillaire, quand elle atteint les centres cérébraux.

Dire pourquoi nous rattachons certains cas de confusion mentale, de démence précoce, de mélancolie ou d'agitation, à la tuberculose ; pourquoi il ne s'agit pas uniquement de coïncidences ; à quoi surtout on recon-

naîtra l'origine tuberculeuse de ces psychoses d'intoxication types que sont les confusions mentales ; tout cela rentre tout de même dans le cadre de la clinique, mais ne saurait en aucun cas être regardé comme absolu.

a) Au point de vue de la *fréquence* : ce sont certainement les *confusions mentales* qui sont rencontrées le plus souvent, parmi tous les troubles psychiques d'origine bacillaire. Et cela se conçoit par l'intensité souvent marquée des phénomènes généraux au cours de la tuberculose ; cela explique au moins en grande partie les accès confusionnels au cours d'une tuberculose avérée, accès confusionnels de type délire, mais qui durent ; qui doivent dans ces cas être considérés comme des épiphénomènes vis à vis de l'affection en cours, et qui traduisent par ailleurs un état grave au point de vue général ; — l'euphorie délirante décrite par Dupré, qui est une exagération, d'origine intoxication, du phénomène purement psychologique d'euphorie habituelle au malade avancé, cette euphorie délirante pourrait fort bien être rattachée à ce genre de confusions, et il est fort possible qu'elle traduise, tout comme l'euphorie béate du paralytique général, une méningo-encéphalite diffuse, encore que chez nombre de malades où la nécropsie a décelé une méningo-encéphalite on n'ait pas toujours noté cette euphorie délirante. Elle pourrait bien aussi être en relations avec les échanges respiratoires (intoxication par co).

Mais comment, si les confusions dont nous venons de parler, sont des épiphénomènes au cours d'une tuberculose avérée, expliquer les confusions typiques naissant au cours d'une bacillose latente, et chez des malades dont

l'état général n'est pas déficient ou l'est peu ? C'est que, d'abord le terme de tuberculose latente (nous insistons encore une fois à ce sujet) ne veut pas nécessairement impliquer l'idée d'une tuberculose bénigne ; donc l'intoxication, pour ne pas se traduire, peut être déjà profonde ; et même elle est déjà assez profonde puisqu'elle a atteint, en certains cas, les centres nerveux. Elle ne l'est heureusement pas assez puisque les confusions mentales survenant dans ces conditions impliquent en général une idée de guérison. Mais c'est aussi que la tuberculose latente, bien que non toujours bénigne, est surtout une lésion en *repos*, qu'il importe de déceler assez à temps pour activer ce repos et pour empêcher le réveil. Donc, et pour employer l'expression de Mircoli, « le trouble mental initial peut constituer un signe précieux dans les cas de tuberculose initiale, ou qui de latente devient active. *C'est la sonnette d'alarme d'invasion du processus* (1). » Voilà ce qui est particulièrement important à connaître pour le praticien.

Après les confusions mentales, on trouve la *démence précoce*. Ce n'est pas ici l'endroit de résumer les discussions qui tendent à démembrer cette affection, nous en disons quelques mots plus loin. Notons toutefois les importants travaux de Soutzo et Dimitresco (1910), qui ont été repris dernièrement en Espagne. Le tableau de statistique des deux auteurs roumains est éloquent, puisque il donne deux tiers de démences précoces coïncidant avec la tuberculose, à côté des autres formes de D. P. d'étiologie douteuse.

(1) MIRCOLI. — « Genèse des anomalies psychiques des tuberculeux » (*Gazetta degli Ospedali de Milano*, 1900).

Ensuite viennent toutes sortes de vésanies, depuis l'agitation maniaque et la mélancolie pure et simple, en passant par les psychoses maniaco-dépressives, les délires polymorphes, voire les délires d'interprétation (1).

b) Que nous apprend la clinique? Elle nous apprend que dans beaucoup de circonstances, lorsqu'on a à faire à des phénomènes mentaux d'étiologie inconnue, il faut systématiquement ausculter le malade. On trouvera dans bon nombre de cas une tuberculose, plus ou moins avérée, le plus souvent une *tuberculose latente*. On ne mettra pas sur le compte d'une méningite tuberculeuse ces phénomènes, et pour éviter ce diagnostic, on se basera :

Sur la concordance d'une poussée bacillaire pulmonaire concommittante aux troubles psychiques ;

Sur l'absence de signes cliniques méningés : nous avons pu voir, en parcourant les observations qui précèdent, que presque dans aucun cas il n'y avait de Kernig, de raideur de la tête, de vomissements ; à peine pouvons-nous signaler quelques troubles pupillaires ; si même quelques signes méningés frustes pouvaient faire penser à une méningite tuberculeuse banale, sans espoir quant à l'avenir immédiat, la ponction lombaire détournerait vite de ce diagnostic ; elle est en effet extrêmement rarement positive. A peine peut-on noter quelquefois une hypertension du liquide céphalo-rachidien, mais l'analyse chimique et histologique est presque toujours négative. En particulier, pas d'albuminose, pas d'hyperlymphocytose. Il sera bon, toutefois, d'éliminer un proces-

(1) Renaudie, dans sa thèse, combat l'idée d'une démence précoce d'origine tuberculeuse en s'appuyant sur l'anatomie pathologique. Tout au moins ne reconnaît-il la valeur étiologique de la tuberculose qu'à titre d'adjuvant.

sus spécifique possible, en demandant, en même temps que l'examen cytologique, une réaction de Wassermann dans le liquide ; et, si la quantité de liquide le permet, on pourra faire pratiquer une inoculation au cobaye. Celle-ci est d'ailleurs assez souvent négative.

D'autre part l'évolution de l'affection pourra par la suite éliminer la méningite tuberculeuse pure et simple. Si cette évolution se fait vers l'obitus, un examen microscopique fera reconnaître les lésions de méningo-encéphalite ou d'encéphalite tuberculeuse dont nous parlons plus loin ; — si la maladie s'atténue, si les troubles mentaux disparaissent en même temps que s'amendent les signes d'auscultation, on pensera à la méningo-encéphalite ou à l'encéphalite curable de Lépine. C'est à elle, en effet, qu'il semble bien que l'on doive rattacher toutes les prétendues guérisons de méningite tuberculeuse, ou même de méningisme.

Enfin, on se basera sur *l'identité des signes cliniques fournis par l'étude de ces cas guéris, avec les signes cliniques fournis dans des cas semblables* où les constatations anatomiques ont pu être faites.

CHAPITRE IV

Quelques considérations sur le pronostic et le traitement

En dehors des cas où la maladie mentale n'est manifestement qu'un épiphénomène au cours d'une affection somatique, il semble, à parcourir maint manuel de psychiatrie, que l'état physique du malade soit à peu près complètement négligé comme élément du pronostic de la manifestation psychique. Reconnaissons toutefois que ces manuels nous apprennent tous que l'on doit porter un pronostic d'incurabilité lorsque l'on assiste à un retour progressif de l'embonpoint — et, d'une façon générale, à l'état de bonne santé physique — sans que, parallèlement, les troubles mentaux s'améliorent.

Mais lorsque, par exemple, la constatation de la glycosurie ou de l'acétonémie chez un diabétique confus ou mélancolique, nous aura induit à affirmer la cessation prochaine de cet état confusionnel ou mélancolique, ou bien encore, quand nous aurons condamné tel hébété

nique dont l'état physique paraîtra florissant alors qu'il conservera de l'incohérence, de la dissociation, de l'indifférence, aurons-nous parcouru tout le cycle des possibilités d'établir un pronostic d'après les données de l'état physique?

Il semble, à la lecture de plusieurs auteurs, qu'en dehors de ces deux séries de cas que nous venons de concrétiser en deux exemples, l'examen somatique minutieux du malade, l'étude de ses antécédents morbides *physiques* sont choses négligeables en tant qu'élément de pronostic de l'état mental. Il n'en est rien, loin de là, et vouloir demander à la seule analyse mentale des éléments de pronostic de l'affection mentale, s'isoler dans la tour d'ivoire de la psychiatrie purement psychologique, c'est se priver dans nombre de cas d'un précieux appoint.

Reprenons l'exemple du pronostic de la démence précoce que nous citons plus haut : nous affirmons qu'il est possible d'élaborer un pronostic — avec de prudentes réserves, il est vrai — avant que soient écoulés les six mois d'observation qu'il est habituel de considérer comme nécessaires, avant qu'on ait constaté une discordance entre l'état mental (apprécié surtout par l'indifférence affective) et la bonne santé physique apparente, santé qui se relève après avoir décliné plus ou moins en même temps que l'état mental.

Nous pourrions en effet porter précocement un pronostic fatal, si nous constatons les manifestations de la folie discordante chez un sujet indemne de toute tare physique en évolution, à condition toutefois que, de par sa nature même, cette affection doive être transitoire.

De même, la constatation d'une déchéance profonde,

quoique souvent très discrète, de l'organisme, imposera un pronostic déplorable — déchéance que nous apprécierons par exemple à un épaississement, à une vulgarité croissante des traits, en un mot à un habitus de dysfonction endocrinienne généralisée, délicate à apprécier, voire non mesurable par les tests endocrinologiques habituels, mais qui ne sauraient tromper un œil exercé. — Il ne saurait s'agir, bien entendu, de manifestations beaucoup plus perceptibles, mais infiniment moins profondes, sinon moins intenses, telles que des troubles de la menstruation ou un syndrome dysthyroïdien isolé, troublés les uns et les autres non forcément définitifs, loin de là.

Mais la constatation d'une maladie physique caractérisée impose au contraire beaucoup de réserves sur l'avenir d'une démence précoce car elle laisse de l'espoir sur l'évolution de la maladie mentale dans les conditions que nous déterminerons plus loin.

Il arrive en effet (20 % des cas de la statistique de Kraepelin) que l'on observe tout un tableau clinique fait d'incohérence, de dissociation entre les concepts intellectuels et les sentiments, d'indifférence affective, de discordance entre le fonds mental manifeste et les réactions, un tableau en un mot qui impose le diagnostic d'ébéphrénie, et que, progressivement ou assez brusquement, au bout d'un temps variable tout rentre dans l'ordre : il y a *restitutio ad integrum* de l'état mental.

Eh bien! ces malades pour la plupart ont fait leur bouffée de psychose en même temps qu'une poussée d'une affection latente, — d'une tuberculose par exemple, dont un examen somatique minutieux permettra de

révéler l'existence — ou bien encore, la manifestation mentale aura apparu de façon contemporaine à l'amélioration apparente d'un état physique antérieurement mauvais. C'est le cas d'une bouffée confusionnelle qui apparaît au cours d'une rémission dans l'évolution symptomatique d'une bacilllose.

S'agit-il alors de bacillémie avec intoxication *passagère* du système nerveux, bacillémie qui apparaît lors de la fermeture d'un exutoire? S'agit-il, au contraire, d'un déséquilibre provoqué par la guérison d'un organisme où l'état pathologique était devenu une habitude? déséquilibre dont nous ne saurions déterminer la nature, mais qui peut être transitoire (observation VII).

Qu'importe l'explication : les faits sont là, et, les ayant observés, il faut s'en souvenir à l'occasion pour, en présence de conditions analogues, savoir adoucir la teinte très sombre qu'on a coutume d'attacher au pronostic de la démence précoce.

Mais ces notions manquent encore de précision, et cette orientation du pronostic d'après des constatations d'examen physiques extemporanés est susceptible de confirmations nettes par l'étude des anamnestiques, non seulement mentaux mais aussi physiques, par l'étude plus pénétrante en un mot, du terrain, du tempérament, si l'on veut.

Le pronostic de l'état mental en effet doit être d'autant plus réservé que le malade a moins fourni de preuves de son pouvoir de résistance à l'agent causal : lors d'une psychose contemporaine d'une primo-infection bacillaire par exemple, nous ne savons pas comment réagira le malade ; nous ignorons ses modes et son pouvoir de

défense : l'organisme en général et le système nerveux en particulier réagiront-ils victorieusement après avoir défailli devant une brusque agression, ou se laisseront-ils envahir par des lésions progressives irrémédiables ?

Mais lorsque l'examen extemporané nous aura permis de constater des lésions éteintes, lorsque les antécédents témoigneront d'un terrain victorieusement résistant de façon habituelle vis à vis de l'agent causal, on peut espérer que l'accès mental actuel sera, lui aussi, transitoire et curable comme les lésions précédentes.

Une exception toutefois doit être réservée à cette règle pronostique : c'est dans le cas où l'on constate une aggravation de l'état physique, des lésions à caractère évolutif qui témoignent alors de la faillite de l'organisme, faillite dans laquelle sera englobée la psychose. Dans ce cas, pronostic *quoad vitam* et pronostic mental se confondent, — ce dernier passe évidemment au second plan. Il n'en était pas moins intéressant de l'avoir déterminé.

Nous avons jusqu'alors plutôt envisagé le pronostic mental. Et nous avons essayé de montrer qu'il dépend de la résistance du physique. Essaierons-nous à présent de déterminer le pronostic de l'affection causale, la tuberculose en l'occurrence, dans le cas où cette affection se manifeste, en dehors des accidents pulmonaires, par des troubles psychiques ? Autrement dit : quel pronostic porter quant à la tuberculose qui a produit des manifestations psychiques ? Peut-on aisément conclure d'une manière absolue qu'une tuberculose ainsi traduite guérira ou ne guérira pas ? Les manifestations psychiques de l'infection bacillaire au cours d'une tuberculose pulmonaire peuvent-elles colorer, en clair ou en sombre, le pronostic de cette infection ?

La plupart des observations publiées précédemment nous ont montré que, dans la démence précoce surtout, de cause tuberculeuse, le pronostic était sombre, mais il semble bien cependant que les lésions tuberculeuses n'avaient pas évolué inévitablement vers la caséification. Au contraire, il semble que les manifestations psychiques, telles que la confusion mentale, survenant au cours ou au début d'une tuberculose pulmonaire soient la traduction d'une tuberculose bénigne. Puisque ces états psychiques, surtout la confusion mentale, voire l'agitation, comme dans l'observation de R... (VII), coïncident le plus souvent avec une tuberculose latente, le plus fréquemment légère, celle-ci guérira plus facilement par les traitements habituels. Mais, même des tuberculoses graves, comme dans le cas des observations XXII et XXIII, guérissent selon la thérapeutique à appliquer en pareille circonstance. C'est ainsi que ces deux observations, celles de MM. les Professeurs *Courmont* et *Cordier*, qui sont typiques à cet égard, montrent bien les relations qu'il y a à faire intervenir, dans le pronostic, entre la cause et l'efficacité du traitement causal.

En règle générale, nous pourrions donc dire que la tuberculose à manifestations psychiques (état neurasthénique du début, coïncidant avec des poussées légères, subévolutives, qui peuvent être traitées à temps, états plus marqués de confusion mentale, survenant aussi au cours de tuberculoses légères) est une tuberculose appelée à guérir. Les troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire sont donc pour cette affection (mise à part évidemment la démence précoce) un élément actif de bon pronostic.

S'il y a seulement apparition de tuberculose pulmonaire comme complication d'une affection mentale, et non comme cause étiologique, encore qu'il ne nous soit pas permis d'aborder cette importante question ici, nous devons dire que, généralement, la tuberculose pulmonaire a tendance à évoluer comme chez des individus de psychisme sain, c'est-à-dire progressivement vers la mort. C'est trop souvent dans le marasme et la cachexie tuberculeuse que meurent les malades d'Asile.

Si nous exposons ces notions, c'est d'abord et surtout parce qu'elles correspondent à des réalités chaque jour vérifiées, et qu'à leur lumière il est possible de poser de façon plus précise et plus catégorique des pronostics mentaux — et aussi des pronostics de la tuberculose.

Et puis, nous tenons à attirer l'attention sur elles, parce qu'elles ouvrent des horizons sur tous ces états pathologiques mixtes, physiques et mentaux, qui seraient utilement soudés par toute une série de recherches, recherches qui peuvent elles-mêmes induire à des conclusions thérapeutiques ; nous voulons parler, outre bien entendu les études endocrinologiques, des examens de laboratoire, des mesures de la sédimentation globulaire, de l'index opsonique, par exemple ; des procédées, en un mot, qui témoignent du comportement de l'organisme tout entier à l'égard d'un agent qui atteint le système nerveux. Et ces recherches, nous les croyons fécondes ; n'est-on pas frappé en particulier de la susceptibilité du système nerveux et de ses enveloppes vis-à-vis du bacille tuberculeux dans deux cas :

1° Lors d'infections massives au cours de *bacilloses aiguës généralisées* (granulie très souvent et quelquefois typhobacillose) ; et

2° A l'opposite, au cours d'*infections latentes* ; n'est-ce pas, en effet, pendant les périodes de sommeil de lésions bacillaires anciennes connues ou méconnues que l'on observe le plus souvent la méningite tuberculeuse ?

Nous parlions plus haut d'exutoires. Cette question de la bacillose méningée nous y ramène : un tuberculeux pulmonaire évolutif, un porteur de tumeur blanche, ne fait que tout à fait exceptionnellement, pendant les périodes d'activité de ses lésions, des manifestations méningées, sauf toutefois si ces tuberculoses localisées se généralisent, auquel cas la méningite n'est qu'un épiphénomène.

L'étude de la sédimentation permet de prévoir l'évolution de ces lésions, les pulmonaires surtout. N'en pourrait-on pas tirer des conclusions pour le pronostic d'états confusionnels — ou même schizophréniques — en rapport avec la tuberculose ?

En somme, mais tout de même en faisant exception en règle générale, pour les démences précoces, on peut dire dès à présent que le pronostic des états mentaux liés à la tuberculose est fonction de l'affection causale ; d'autant meilleur que la lésion pulmonaire a plus de chances de bénéficier des divers traitements que nous avons à lui opposer ; — d'autant plus réservé que ce traitement paraîtra agir moins activement, et que prendra le pas l'évolution de la bacillose.

Et l'on peut dire aussi que les tuberculoses à manifestations psychiques sont généralement moins graves, et d'un pronostic moins sombre, que les tuberculoses sans troubles psychiques, puisque elles sont, en général, des tuberculoses latentes, à évolution lente ; exception doit

être faite, naturellement, pour les tuberculoses avérées, au cours desquelles les manifestations psychiques sont des épiphénomènes apparaissant généralement à un degré avancé de l'affection, et aussi pour les lésions pulmonaires qui s'accompagnent de délire euphorique illusionnant, généralement la traduction d'une évolution sans rémission.



De ce que nous venons de dire du pronostic découle, ce semble, logiquement, toute la question du traitement.

Ferons-nous, ainsi qu'il arrive trop souvent dans les traités classiques, où, après l'exposé très documenté et très complet d'une question de pathologie, voire après une brillante exposition de la pathogénie des faits morbides, l'auteur, pris de court, s'arrête et piétine au pied du mur qui se dresse devant lui ? Avons-nous le droit, comme dit le Méphistophélès de Goethe, « d'approfondir le microcosme et le macrocosme, pour, enfin, laisser aller toute chose comme il plaît à Dieu » (1) ? Ce serait aller à l'encontre même de notre but, et nous n'avons jamais, pour notre part, compris ce dilettantisme de la recherche pour elle-même. Il importe avant tout de tenter quelque chose pour ces malades, afin de les guérir si possible, afin, au moins, de les soulager, avec d'autant plus de chance de réussite que le traitement s'accompagnera plus de compassion et de pitié.

(1) « *Ihr durchstudirt die gross und kleine Welt.*

Um es am Ende gehn zù lassen

Wies Gott gefaellt ! »

(Goethe, *Faust*).

« Aussi souvent qu'il nous sera défendu de remédier à l'état général d'un insensé, aussi souvent nous échouons à lui rendre la raison ». C'est ainsi que s'exprimait déjà, en 1862, J. Workmann à l'Académie des Médecins Aliénistes d'Amérique, à propos de la *phtisie latente* chez les aliénés. C'est ce principe que nous devons toujours avoir à l'esprit. Et si Workmann, dès cette époque, pouvait affirmer après Esquirol que sur quatre personnes qui deviennent aliénées, une au moins est atteinte de maladie de poitrine, s'il n'hésitait pas, un peu plus loin, à dire qu'il avait vu des guérisons là où il ne concevait plus d'espérances, que nous ne pourrions-nous espérer aujourd'hui, où nous avons des armes de défense contre la tuberculose autrement efficaces !

Qu'on ne nous accuse pourtant pas d'optimisme exagéré. Nous savons à quel point les armes de défense dont nous voulons parler laissent encore des déboires, et donnent, en grande généralité, encore peu de résultats définitifs. Mais tout de même des malades sont sortis guéris des sanatoria ; mais tout de même des malades ont subi, pendant quelques années, des insufflations thérapeutiques avec des résultats tels qu'ils ont pu reprendre leur travail et oublier leurs quelques années de « captivité » bacillaire. Il ne s'agit donc pas ici d'un optimisme béat et qui ne voit pas, mais d'un espoir raisonné et raisonnable en des procédés thérapeutiques qui ont fait leurs preuves.

Traiter la cause, traiter la tuberculose, tel est dans le cas particulier, le principe à toujours suivre. Examiner à fond, au point de vue somatique, les poumons des malades qui nous sont confiés ; compléter toujours cet exa-

men somatique par une radioscopie, par un examen bactériologique des crachats. Dès le diagnostic posé de tuberculose, latente ou évolutive, placer le malade en état de bonne résistance ; lui organiser sa vie, à l'Asile comme au Sanatorium, ce qui est facile dans les établissements qui ont des pavillons d'isolement pour les tuberculeux, comme en ont aujourd'hui à peu près tous les Asiles bien tenus. Cet isolement sera, en même temps, nous attirons l'attention sur ce point important, un moyen de préserver les autres malades de l'Asile d'une contamination possible, et une thérapeutique à la fois mentale et pulmonaire. Certes, de tels malades pourraient, avec plus de succès, être soignés dans des sanatoria spécialisés, si ceux-ci pouvaient être organisés de telle sorte qu'ils pussent recevoir ce genre de malades. Reconnaissons que ceci n'est guère possible, mais reconnaissons, en même temps, que les pavillons d'Asile offrent à cet égard le maximum d'analogie, lorsqu'ils sont modernes et confiés à des infirmiers ayant reçu une bonne éducation médicale, car ces pavillons sont généralement situés à la campagne, et suffisamment isolés du reste des services.

A part l'isolement, donner une bonne alimentation, pas de suralimentation ; faire faire des cures de repos, empêcher les malades de se fatiguer en dehors de ces cures. Surveiller les émonctoires, l'état de l'estomac, si souvent lié à l'état du poumon. Relever la tension artérielle, recalcifier l'individu. En un mot, organiser la résistance exactement comme chez l'individu sain d'esprit mais uniquement malade de son poumon. Ne s'occuper de l'état mental associé à la déchéance physique

que dans la mesure où, à ce point de vue, le malade demande des soins spéciaux : relèvement des forces et soins de propreté rigoureuse chez les confus ou les déments précoces, calmants chez les agités. Si le malade conserve une parcelle de son jugement pour comprendre, relever l'état moral par de bonnes paroles. Mais avant tout soigner le corps, soigner le poumon.

Il est inutile de rappeler que rien de spécifique n'est encore aujourd'hui connu contre la tuberculose. Toutefois, il ne faudra pas laisser passer l'occasion de pratiquer le pneumothorax artificiel chaque fois que cette intervention sera indiquée par l'unilatéralité des lésions et leurs tendances évolutives. Nous apportons deux cas de disparition des troubles mentaux en même temps que la lésion pulmonaire régressait sous l'influence de Forlanini (obs. XXII et XXIII) et des cas semblables sont rapportés par les Espagnols, en particulier par Mira, Rodriguez, Arias et T. Seix, de Barcelone, au dernier Congrès de psychiatrie (Genève, 1926).

Ces mêmes auteurs ont tenté aussi les injections intra-veineuses de sanocrysine, mais n'ont pas encore actuellement publié leurs résultats. Enfin, M. le professeur Lépine, a préconisé, depuis quelques années déjà, les injections de nucléinate de soude, en solution à 2 p. 100 dans l'eau physiologique, à raison de 0.40 à 0.50 centigrammes par injection, et de 5 à 6 injections en moyenne en dix ou douze jours. Ce traitement par les chocs, qui consiste à susciter artificiellement, de la part de l'organisme, des réactions biologiques aptes à augmenter sa défense et sa résistance contre les infections et les auto-intoxications, surtout latentes, est un procédé général.

Appliqué dans les cas particuliers qui nous occupent, il agit en provoquant une leucolyse initiale, suivie d'hyperleucocytose de réaction et de défense, qui se traduit par une réaction générale de l'organisme les quelques jours qui suivent l'injection. Au point de vue mental, il y a très souvent retour à la lucidité, et cette action semble plus spécifiquement favorable si l'auto-intoxication est d'origine tuberculeuse (1).

Le traitement, quels que soient les moyens employés, sera certes souvent décevant, et on n'apprendra rien de ces déceptions à ceux qui, chaque jour, ont consacré leurs peines à ce genre de malades ; mais il ne laissera pas de donner d'intimes satisfactions lorsque, et souvent, non seulement l'on verra l'état physique remonter, mais aussi et surtout lorsque nous verrons revenir à la raison des esprits désemparés.

Mais cela implique une liaison constante entre le psychiatre et le phthisiologue. L'omnipraticien peut avoir, à la rigueur, le droit de méconnaître les détails de la médecine mentale ; la réciproque n'est pas vraie. La médecine mentale n'est pas une branche détachée de la médecine générale, et nous devons nous souvenir du mot de Lasègue : « Toute branche détachée du tronc est destinée à mourir ».

(1) Daremberg, en 1884, à la Société de Biologie, avait apporté un cas de guérison par injection sous-cutanée de chloroforme.

TROISIÈME PARTIE

Essai d'Interprétation Pathogénique

TROISIÈME PARTIE

Essai d'Interprétation Pathogénique

Nous ne nous dissimulons pas la difficulté du problème que nous abordons ici ; pourtant, ce problème s'impose. Au cours de la lecture **des observations** qui précèdent, deux ordres de faits ont pu frapper : c'est que, quelques uns des malades étant morts, l'autopsie a montré : 1° tout d'abord un certain nombre de lésions analogues, lésions localisées en certains points de la substance cérébrale ; 2° d'autre part, l'importance très grande qu'ont pris, dans la plupart des autres cas, infiniment plus nombreux, les phénomènes encéphalitiques de tous genres, depuis l'encéphalite typique jusqu'à l'encéphalite subaiguë à lésions beaucoup plus *diffuses*.

Nous nous proposons donc d'étudier, d'une façon bien distincte, ces deux ordres de phénomènes, qui nous paraissent contenir en substance à peu près tout ce que l'on sait aujourd'hui de ces troubles et de leur explication. Nous aurons donc à nous occuper, dans un premier

paragraphe, des *localisations* du processus tuberculeux, dans un second paragraphe, de la *diffusion* des toxines tuberculeuses sur le méningo-encéphale ou sur l'encéphale ; — et enfin, dans un troisième chapitre, nous dirons quelques mots des cas où ni l'une ni l'autre de ces hypothèses ne peuvent être confirmées par la clinique ni par l'anatomo-pathologie. Ce sera là le domaine de l'hypothèse pure, la partie, si l'on veut, fantaisiste, de cet exposé, qu'on voudra bien nous pardonner d'introduire, en fin de chapitre, en abordant une des branches les moins connues de la science médicale : nous voulons parler de tout ce qui touche d'une part aux glandes endocrines, et d'autre part à l'influence du système nerveux végétatif sur le reste de l'organisme.

I. — *Localisation du processus tuberculeux*

Nous éliminons tout d'abord de ce paragraphe les localisations méningées, telles que les plaques, puisqu'il est dores et déjà bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de phénomènes méningés. Nous avons insisté, en étudiant cliniquement les observations ci-dessus, sur l'absence de signes méningés, en particulier sur l'absence de réaction de liquide céphalo-rachidien. Il s'agit donc bien de s'entendre sur ce mot « localisation » du processus bacillaire. Aussi bien ces localisations peuvent tenir, comme nous le montrons plus loin, de l'encéphalite tuberculeuse pure et simple, mais plus marquée en certains points du cortex, ou même de véritables inflammations plus précises qui semblent bien agir ainsi que de véritables tuberculomes.

C'est là la première des modalités de la pathogénèse des troubles psychiques que nous avons à envisager. En effet, parmi les observations que nous rapportons dans les pages précédentes, deux au moins signalent, sous la plume d'auteurs différents et à une dizaine d'années d'intervalle, une localisation à peu près analogue des lésions **découvertes à la nécropsie**.

C'est ainsi qu'en 1913, M. Bériel a découvert, à l'autopsie du malade dont nous rapportons l'observation page 103 (obs. IX), présentant un syndrome confusionnel très net (et chez qui l'auscultation n'avait fait entendre que des signes de bronchite), un processus tuberculeux qui peut se résumer ainsi : au poumon gauche une petite caverne de la grosseur d'une noix, et des signes de granulie quelque peu ancienne ; au système nerveux, un liquide méningé un peu abondant, quelques traînées louches, discrètes, sur la convexité et la base, pas d'exsudat fibrineux ou purulent. Les coupes de Pitres ont décelé très nettement des altérations corticales et sous-corticales ; des foyers jaunes ou hémorragiques confluents dans tout le tissu avoisinant *le fond des scissures de Sylvius* ; — d'autres, analogues, plus restreintes, dans *le fond des sillons de la face externe du lobe occipital gauche*. Et la méninge est plus atteinte dans le fond des sillons qu'elle ne l'était à l'extérieur. Les coupes pratiquées en divers points de ces zones encéphalitiques ont montré des altérations inflammatoires intenses et profondes, avec des altérations vasculaires (infiltration pariétale, endartérite).

De même, dans l'observation **rapportée par Goyet Parthiot** en 1924, nous trouvons l'association nette des

deux lésions méningée et encéphalique, avec des granulations typiques, *confluentes au niveau de la scissure de Sylvius*, et, au centre, une zone dense, « un véritable tuberculome méningé », écrivent les auteurs. Mais là, pas de lésions des troncs vasculaires, pas de thrombose, alors que Bériel, ainsi que Weill, Gardère et Gaudon, avaient noté ces lésions (1).

Voici donc deux cas de localisation sur la lèvre inférieure de la Sylvienne, au niveau de la première circonvolution temporale. Dans ces deux cas, il y eut association de confusion mentale et de localisation *en foyer* au même endroit, et Goyet envisage comme probable que le centre de la surdité verbale a été touché, et que les manifestations psychiques, notées sont l'expression de cette lésion en foyer (2). En tout cas, cliniquement, aucun doute n'est possible à l'égard de l'existence d'une tuberculose pulmonaire. La seule différence viendrait de ce fait que, pour le cas rapporté par Bériel, il s'agissait d'une tuberculose pulmonaire *latente*, non diagnostiquée cliniquement, alors que, pour l'observation de Goyet et Parthiot, il s'agissait d'un syndrome confusionnel apparaissant en quelque sorte comme un épiphénomène chez un tuberculeux avéré ; mais dans l'un et l'autre cas (qu'on se reporte, pour s'en rendre compte, aux observations en question), *il n'y a pas eu de signes méningés*.

De même nous avons constaté, dans notre observation personnelle (Obs. XV) une localisation des phénomènes

(1) WEILL, GARDÈRE et GAUDON. — « Méningite tuberculeuse avec encéphalite hémorragique et thrombose des veines cérébrales » (*Lyon Médical*, 1923, p. 121).

(2) Chantemesse (*Thèse*, Paris, 1884) avait signalé des localisations au niveau de la troisième psychomotrice.

inflammatoires sous-jacents à la mēninge dans le fond de la sylvienne et sur le lobe frontal des deux côtés. De même, il n'y avait pas de phénomènes mēningés.

« Ce fait, dit M. Bériel, ne permet pas de prendre part avec certitude dans la question de la pathogénèse proprement dite. On a invoqué pendant longtemps, pour expliquer la formation des foyers sous-jacents aux mēningites tuberculeuses, de simples troubles vasculaires. Depuis, on a reconnu qu'il s'agissait souvent d'une véritable propagation au tissu cérébral. Il paraît indéniable qu'il s'agit d'un procesus inflammatoire vrai par envahissement de l'écorce ou des couches périphériques ou profondes : mais il n'est pas possible de dire s'il s'agit là d'une atteinte toxémique ou véritablement microbienne. L'absence de bacilles constatables sur les coupes ne permet pas, comme on le sait, d'exclure la seconde hypothèse ; et, d'autre part, nous ne sommes pas encore en mesure de décider quelles altérations peuvent produire respectivement les bacilles ou leurs toxines ».

Pour Goyet, « contrairement aux encéphalites diffuses, où les auteurs insistent sur la disproportion entre les lésions mēningées à peine décelables, et les lésions encéphalitiques très étendues, notre cas paraît établir une corrélation assez nette entre la lésion mēningée importante et l'encéphalite sous-jacente. Il est probable, au moins jusqu'à confirmation histologique, que les lésions mēningées ont dû entraîner des altérations vasculaires responsables de l'atteinte encéphalique ».

« Les altérations intersticielles pures, dit Morselli (loc. cit.) ne sont pas aussi marquées que chez les vrais déments. Les endoartérites sont rares, et, lorsqu'elles exis-

tent, seulement dans un premier stade, elles ne peuvent être retenues ni comme un fait important, ni comme un trouble profond dans la **nutrition de la cellule** ».

De fait il semble bien qu'il y ait propagation du processus inflammatoire au tissu cérébral, mais quel est le mécanisme de cette propagation ? Puisque ce ne sont pas des troubles vasculaires seuls qui permettent l'apparition de ces phénomènes encéphalitiques, il nous paraît tout naturel d'incriminer des altérations vasculaires, première atteinte par les toxines, apportées dans le torrent circulatoire du lieu où elles ont été élaborées (le poumon en l'occurrence) ; puis, par l'intermédiaire de ces altérations vasculaires, et secondairement à elles, propagation des toxines dans la substance cérébrale elle-même, peut être affaiblie par l'obligation d'une défense organique intense (provoquée par la maladie) ou par toute autre cause adjuvante.

Pour nous, qui avons surtout à envisager ici, non pas la pathogénie des encéphalites ou méningo-encéphalites, mais la genèse des troubles mentaux que produit la tuberculose, nous devons nous en tenir à cette constatation que, en corrélation avec ces troubles psychiques, existent des lésions localisées en certains points du cerveau, et que ces lésions sont d'origine et de nature tuberculeuse.

II. — *Action diffuse des poisons bacillaires sur la corticalité*

C'est là un fort important paragraphe, car il doit comporter l'étude de toutes les inflammations diffuses qui ont été constatées au niveau du méningoencéphale, en

dehors des méningites tuberculeuses typiques, même de celles qui s'accompagnent de troubles psychiques, mais qui sont des entités morbides nettement différenciées de ce que nous étudions aujourd'hui. D'ailleurs, il semble bien que ces cas cités de méningite tuberculeuse ayant guéri sans laisser de traces ne soient, en réalité, que des aspects plus ou moins nets des encéphalites et méningo-encéphalites de même nature (1). Rappelons que, cliniquement, deux choses, à notre avis, peuvent les en différencier : la prédominance des troubles mentaux, qui sont, la plupart du temps, les premiers à frapper le médecin, et l'absence à peu près constante de réactions méningées.

Comment se passe cette action diffuse des poisons bacillaires ? La question, pour un certain nombre de cas, semble assez nettement expliquée aujourd'hui : on rencontre dans les nécropsies : soit des méningo-encéphalites diffuses, soit des encéphalites subaiguës, soit des encéphalites aiguës, typiques ou atypiques, non folliculaires. Mais dans d'autres cas, où l'on a pu voir le malade guérir, et par conséquent la vérification anatomique n'a pu être faite, pourquoi sommes-nous autorisés à mettre sur le compte de la tuberculose les troubles présentés par les malades ? Et enfin, chez certains malades, l'autopsie n'a rien révélé au niveau de l'encéphale. Il n'existe de lésions bacillaires qu'au niveau du poumon. Avons-nous alors le droit d'affirmer la nature tuberculeuse de ces troubles, et dans quelle mesure ?

(1) Consulter : CHANTEMESSC : « Méningite tuberculeuse de l'adulte. — Formes anormales » (*Thèse*, Paris, 1884).

Mlle COTTIN. — « Méningite tuberculeuse guérie » (*Revue de Médecine*, 1913, p. 856 et suiv.).

C'est autant de questions que nous allons étudier succinctement, en nous reportant aux principaux travaux qui, récemment, ont fait l'objet de recherches.

1° *La méningo-encéphalite diffuse.* Alquier et Beaudoin étudient en 1907 une méningo-encéphalite subaiguë chez un tuberculeux; mais en l'absence de follicules et de bacilles ils n'osent en affirmer l'origine bacillaire. Mais Bombici peut dans trois cas, dans des lésions non folliculaires, colorer le bacille. Toutes ces observations ont trait à des encéphalites hémorragiques (1). Gougerot signale en 1909 une encéphalite infiltrée et dégénératrice proche des précédentes, mais sans processus hémorragique. L'autopsie montra un foyer plus marqué au lobe occipital droit, qui pourrait faire rapprocher ce cas de celui qui a été rapporté par Bériel en 1913. Mais le processus inflammatoire a tout confondu : méninges molles et encéphale. Les lésions sont très variées, car tous les tissus de l'encéphale sont touchés. Le tissu encéphalique est parfois inflammatoire, parfois dégénéré, le plus souvent nécrosé. Des vaisseaux, **les uns** sont atteints d'endoartérite sténosante sous-endothéliade, avec péri-artérite conjonctive à cellules peu serrées. L'endoartérite va rarement jusqu'à l'oblitération.

La pathogénèse de ces lésions atypiques, dit Gougerot, subit les mêmes discussions que la pathogénie de toutes les autres bacillooses atypiques. La plupart des auteurs croient y voir des lésions dues aux toxines solubles circulant dans le sang, d'où impossibilité de colorer le bacille de Koch dans les lésions. Certains avec Poncet dé-

(1) GOUGEROT. — *Encéphale*, 1909, page 236.

crivent des méningites tuberculeuses. Gougerot soutient la théorie bacillaire locale, admettant que le bacille agit localement par ses toxines adhérentes et ses toxines solubles diffusant localement autour de lui.

Klippel individualise des méningo-encéphalites chroniques, non folliculaires, dégénératrices et scléreuses, sans constatation de bacilles dans les lésions *et sans transmission par inoculation*. Il semble qu'entre ces diverses formes il y ait toutes les transitions, de même qu'il y a toutes les transitions des méningo-encéphalites aux processus encéphalitiques plus ou moins aigus.

2° *Encéphalites subaiguës, encéphalites aiguës*. « Ce ne sont plus, dit notre maître, M. le professeur Lépine, des formations pathologiques localisées, tubercules, plaques méningées, ni les variétés sans nombre de la méningite tuberculeuse ; ce sont parfois des accidents plus curieux où les lésions diffuses évoluent parallèlement dans les méninges et dans la substance cérébrale, et s'accompagnant de symptômes démentiels. Même les lésions méningées n'existent pas toujours, ou tout au moins sont parfois insignifiantes au regard de celles du tissu noble. Ainsi, dans certains cas de polynévrite avec psychose ou de confusion mentale aiguë ou subaiguë terminée par la mort ». Et M. le professeur Lépine fait de suite la part des encéphalites mortelles, dont les lésions sont macro et microscopiquement constatables, et des encéphalites non mortelle, *curables*. Le diagnostic de celles-ci (voir plus haut) se fait par comparaison avec les cas mortels. Ces cas là étaient connus de Pierret, Régis, Dupré, Dufour, Morselli.

Encéphalites subaiguës, c'est ce que Dechaume et Se-

dallian, dans un récent article de la *Revue de Médecine* (1), ont étudié en montrant que, sans déterminer des lésions d'encéphalite accentuée, la tuberculose peut déterminer des *poussées congestives* au niveau de l'encéphale « Mais, disent fort justement ces auteurs, nous ne croyons pas devoir faire entrer dans cette étude les simples modifications psychiques des tuberculeux, dont les nuances sont si nombreuses. Ce n'est plus de l'encéphalite proprement dite ». Nous avons abordé la question, dans la première partie de ce travail, à propos des troubles élémentaires, et nous avons même à ce moment là critiqué la façon de voir de ceux qui prétendaient faire de l'euphorie « bien être habituel », des bacillaires un signe de méningo-encéphalite diffuse, réservant, pour notre part, cette explication à l'euphorie délirante.

Mais ces poussées congestives qui traduisent une encéphalite subaiguë peuvent être parfois mortelles. Elles font comprendre, disent Dechaume et Sedallian, les formes curables de M. J. Lépine. En effet, dans une observation de M. Lépine, que nous avons reproduite plus haut (Obs. XII) nous avons vu un état mélancolique avec stupeur, survenu dans le cours d'une tuberculose torpide des deux poumons, et aggravée au moment d'une poussée bacillaire. La même remarque peut être faite en ce qui concerne l'observation de Ch... (Obs. XVII), où les poussées confusionnelles se sont montrées à l'occasion de la poussée ganglionnaire.

Encéphalites aiguës. Elle sont relativement peu fréquentes, donnent les mêmes symptômes et les mêmes caractères évolutifs que les cas d'encéphalites hémorra-

(1) « Encéphalite tuberculeuse », *Revue de Médecine*, 1924.

gique d'origine infectieuse. Dans ce cas pourraient rentrer les lésions décrites par Bériel, que nous avons rapportées au paragraphe consacré à la localisation du processus tuberculeux. « Anatoniquement, ce sont souvent quelques granulations pie-mériennes, recherchées avec soin, qui signent la nature tuberculeuse de cette encéphalite. Quelquefois, on trouve du bacille de Koch dans les vaisseaux, ou bien, enfin, la nature tuberculeuse n'est précisée que par un examen minutieux du sommet des organes » (Dechaume et Sedallian, loc. cit.).

L'observation que nous apportons personnellement (Obs. XV) est en faveur de cette manière de voir, quoiqu'il paraît bien qu'il s'agit, microscopiquement comme macroscopiquement, de poussée récente, alors que l'état confusionnel était très ancien.

Morselli, qui, comme nous l'avons vu plus haut, ne croit pas vraie dans tous les cas l'origine vasculaire des troubles mentaux, dit un peu plus loin (loc. cit., p. 202 et suiv.).

« Lorsque l'infection est latente ou peu développée, on ne peut supposer que les toxines aient pu altérer les vaisseaux au point de produire un désordre de nutrition dans les territoires cérébraux qui en dépendent.....

« Les troubles mentaux de la tuberculose sont dûs principalement à la toxine, laquelle provoque leur apparition chez les sujets jeunes et facilite leur apparition chez les adultes. La présence de granulations produit un ralentissement de la dynamie cellulaire et peut quelque temps rendre la cellule plus susceptible à une nouvelle action toxique perturbatrice, qui vient s'ajouter à celle qui préexistait.

« La pigmentation ne peut être la cause unique des désordres mentaux, et c'est seulement sous l'action continue du virus qui augmente d'intensité, que l'on trouve des traces à un examen *post mortem* du sujet. Il existe cependant un moment, durant le décours de l'infection, pendant lequel (les altérations corticales n'existant pas ou étant très minimales), les désordres psychiques peuvent être considérés comme purement fonctionnels. Mais, peu à peu, les lésions constitutives des éléments nerveux s'accroissent, les troubles psychiques acquièrent une base organique, et évoluent parallèlement aux altérations cellulaires.

« La nature fonctionnelle de ces troubles est prouvée encore par leur persistance lorsque s'atténue le stade toxémique initial. La guérison des troubles mentaux, survenant dans la première période de la maladie, indique que l'altération anatomique corticale, ou est nulle, ou est assez peu intense pour pouvoir être facilement réparée.

« La désintégration des éléments nerveux, pouvant être partielle ou intéresser toute la cellule, rend possible, à une période encore plus avancée, la persistance des troubles mentaux. Les neurones ne sont alors plus susceptibles de réparation.

« Certaines cellules sont vouées à un processus d'atrophie lente, et d'autres éléments peuvent subsister dans leurs fonctions.

« Chez un malade à la 2^e période, la rémission de la toxi-infection n'amène pas la rétrocession des troubles psychiques, parce que les altérations cellulaires sont plus diffuses et plus intenses. Ces troubles peuvent s'atténuer,

mais non cesser totalement, parce qu'on ne peut changer les conditions pathogéniques qui les ont produits. Chez la plus grande majorité de nos malades (qui n'avaient pas présenté de modifications psychiques, (il existait un désordre irréparable des neurônes ».

Nous n'entrerons pas ici dans les détails histologiques que nous avons d'ailleurs résumés d'après Goujerot dans les pages précédentes. On sait à présent que la tuberculose peut déterminer dans les centres nerveux deux ordres de lésions superposables à celles du poumon : d'une part la tuberculose folliculaire, qui est le plus souvent une tuberculose méningée avec granulations le long de la sylvienne, et lésions minimales de la substance blanche, qui sont probablement, d'ailleurs, des lésions de contiguïté. D'autre part, les encéphalites aiguës, non folliculaires, congestives, thrombosantes et hémorragiques, où les granulations sont absentes ou extrêmement rares sur les méninges (*loc. cit.*).

Les troubles mentaux de la tuberculose sont dûs, pour la plupart, à des lésions de ce dernier ordre. Il semble, d'après le plus grand nombre de nos observations, que les encéphalites atypiques, non folliculaires, soient à la base de la plupart des troubles psychiques qui naissent chez les tuberculeux, en particulier à la base des confusions mentales. Mais on peut les retrouver aussi dans les démences précoces (1), comme en fait foi l'observat. II, dans laquelle M. Lépine a trouvé des lésions méningées peu intenses, en faisant remarquer que ne sont pas seuls toxiinfectieux les cas dont les lésions méningées sont

(1) Ceci est nié par Renaudie (*Thèse, Montpellier*) : « Anatomie pathologique de la démence précoce. »

intenses. « Il y a des individus, dit M. Lépine, dont les cellules nerveuses sont plus vulnérables que chez d'autres aux intoxications ».

Pourquoi s'arrêter, se demande enfin M. Lépine, sur ces stades intermédiaires à des affections mentales mieux caractérisées ? Pour éclairer dans une certaine mesure la pathogénie de ces affections, *qui ne sont en réalité que des aboutissants*. Un exemple : on sait aujourd'hui la fréquence de la tuberculose chez les déments précoces, et que certains aliénistes, M. Régis en tête, se sont élevés contre la conception intégrale de Kraepelin et ont soutenu que, le plus souvent, la démence précoce n'était qu'une confusion mentale chronique ou, plus exactement, « un état de transition, critique, mais non fatal, entre une confusion mentale aiguë qui a tardé à guérir, et une démence post confusionnelle incurable » (1).

Bleuler enfin, en dissociant le syndrome démence précoce et en remettant la question à l'ordre du jour dans son rapport sur la schizophrénie, a pu attirer l'attention sur la constitution psychopathique dite schizoïde, laquelle il faut ajouter aux cinq constitutions primitives de Dumas et Boll. Chez des cerveaux ainsi préparés, la toxine tuberculeuse ne ferait qu'agir comme agirait toute autre infection, en exagérant la constitution primitive dans le sens de cette forme de transition, à pronostic dépendant de la résistance générale, qu'est la confusion mentale premier stade d'une démence précoce possible, mais non absolue.

« A côté du facteur héréditaire (dit Claude en étudiant

(1) LÉPINE (*loc. cit.*), *Revue de Médecine*, septembre 1908.

cette question (1), qui joue ici un rôle plus important que dans la DP, il n'est pas douteux que la vulnérabilité des sujets est préparée par des troubles endocriniens, des troubles du métabolisme en général, le surmenage intellectuel ». Or, les troubles endocriniens, les troubles du métabolisme, voire le surmenage, intellectuel ou autre, sont assez connus dans leurs rapports avec la tuberculose pour que nous n'insistions pas, nous réservant de reprendre la question des glandes endocrines un peu plus loin (2).

Mais cette question de la pathogenèse des troubles mentaux liés à la tuberculose, comme l'a bien montré M. Lépine, dépasse le cadre de la clinique, en se rapprochant, au point de vue de la pathologie générale, des différentes localisations de cette même tuberculose, sur laquelle les publications de Poncet ont attiré l'attention (*loc. cit.*).

Certes, nous ne voulons pas dire ici que toute schizophrénie ou que toute démence précoce est de nature tuberculeuse, mais nous voulons insister une fois de plus, à la suite d'ailleurs de nombre d'auteurs, sur l'origine très probable d'un certain nombre de ces dissociations, origine que nous affirmons d'autant plus probable que, d'une part, est considérable la propension de ces malades à faire de la tuberculose ; que, d'autre part, les antécédents tuberculeux sont également très souvent faciles à mettre en évidence chez eux.

Enfin, et puisqu'il s'agit pour nous de discuter ici moins les lésions anatomo-histologiques (qui ont été

(1) H. CLAUDE. — « Démence précoce et schizophrénie ». — Rapport au Congrès de Genève, 1926.

(2) Voir aussi : RENAUDIE (*loc. cit.*).

bien étudiées et mises au point récemment encore par Dechaume et Sedallian) que la pathogénie de ces troubles mentaux, il nous semble que nous devons dès à présent faire intervenir dans leur explication la considération du terrain préparé et des causes adjuvantes.

Certes, et nous pouvons l'admettre à présent, un certain nombre de troubles psychiques d'étiologie purement tuberculeuse peuvent exister, et existent en fait. Dans quelques-unes de nos observations, il ne nous a pas été possible de retrouver d'autres antécédents que la tuberculose. Mais ces cas « purs », si nous osons dire, qui tiennent sans aucun doute à l'imprégnation encéphalitique la plus profonde par la toxine, nous semblent relever de ce que nous avons dit plus haut être des épiphénomènes au cours d'une tuberculose pulmonaire avérée (sauf peut-être pour l'obs. XXII). En effet, il est tout à fait logique de penser que c'est cela qui s'est passé pour notre malade du sanatorium (Obs. X), dont l'imprégnation bacillaire était si profonde que, quelques semaines avant l'obitus, il a présenté des signes de confusion mentale typique. D'autres malades aussi profondément atteints au point de vue pulmonaire, pourra-t-on nous objecter, sont morts sans avoir pourtant jamais présenté de troubles mentaux. Nous pourrions leur répondre que beaucoup de malades ayant, soit des tuberculoses pulmonaires, soit d'autres localisations, n'ont jamais fait de phénomènes méningés, mais que certains, en tous points semblables par leurs localisations pulmonaires ou osseuses, ou rénales, sont allés vers l'obitus par une méningite. Le bacille de Koch ou sa toxine s'est attaqué là aux cellules nerveuses, affaiblies dans leur essence même

par la lutte qu'elles ont dû supporter avec tout l'organisme contre le poison.

Mais nous pouvons nous demander, pour d'autres de ces observations, s'il s'est agi de tuberculose seule? « On voudrait trouver avec plus de précisions les causes adjuvantes qui facilitent cette localisation à l'encéphale du bacille de Koch; qui, pour employer une expression moderne, permettent à ce bacille de devenir *neurotrope*. Il est difficile de mettre nettement en évidence le rôle de l'hérédité. Dans une observation de Rabot, on trouve l'alcoolisme. Deux malades de M. Lépine ont une hérédité chargée. (Dechaume et Sedallian, *loc. cit.*)

Nous croyons pour notre part que dans un certain nombre de cas il est bon de faire intervenir le rôle de ces causes, soit causes préparantes, soit causes adjuvantes. Nous apportons, en faveur de cette opinion, un certain nombre d'observations, qui s'ajoutent à celles de M. le professeur Lépine. C'est ainsi que l'on relève l'alcoolisme dans les observations V. VI et XIV. L'on ne saurait évidemment affirmer que les troubles mentaux ne se seraient pas produits sans l'appoint alcoolique. Mais on sait quels étroits rapports unissent l'alcool et la tuberculose; et, d'autre part, dans ces observations, il semble bien que les poussées confusionnelles se soient produites à la faveur d'une poussée concomittante du côté du poumon, et aient disparu ou se soit atténuées en même temps que s'atténuaient les signes d'auscultation.

On relève la syphilis, parmi nos observations, dans les numéros II et IV, syphilis avouée on constatable. Dans l'observation II, M. le professeur Lépine, en faveur d'une intoxication bacillaire surajoutée, s'appuie sur le fait que

le traitement antispécifique a agi sur les lésions syphilitiques du foie, et n'a pas agi sur les troubles cérébraux. Evidemment, l'on sait bien aujourd'hui que le traitement n'a guère d'action sur les lésions profondes du cerveau, mais ici ce n'était pas le cas ; rien au point de vue microscopique ne permettait d'affirmer que ces lésions fussent d'origine syphilitique.

Il y aurait donc pour expliquer la pathogenèse des troubles mentaux dans ces cas-là, l'existence d'un apport exogène, soit alcoolisme, soit syphilis, soit peut-être aussi (comme le voudraient certains auteurs), infections secondaires. Peut-être serait-il logique de dire que toute cause d'affaiblissement de la substance noble du cerveau est une cause de localisation, par la suite, de poisons, et en particulier de la toxine bacillaire.

Enfin, les observations I, III, IV, IX, XI, XVI et XVIII que nous publions, parmi beaucoup d'autres, nous montrent des malades à hérédité névropathique chargée. Ceci ne fait aucun doute. La tuberculose n'agit là que en qualité de cause déterminante. Mais par quel mécanisme ?

« Lorsque nous parlons de cerveau faible, de débilité intellectuelle héréditaire, nous exprimons, si l'on y songe bien, autre chose que la constatation d'une insuffisance fonctionnelle. Nous disons que les neurones du sujet considéré n'ont pas une vitalité suffisante, une énergie chimique assez active et régulière pour exécuter les actes de leur nutrition normale. Ces mêmes neurones, dont le chimisme est vicié déjà, seront intoxiqués, c'est-à-dire participeront à des combinaisons chimiques pathologiques, plus facilement que des neurones sains. » (Professeur Lépine, *loc. cit.*)

En somme, il y aurait là le point de départ fort intéressant de recherches à pratiquer sur le métabolisme basal, sur lequel insiste tant M. le professeur Cordier, et dont notre ami Ceccaldi a étudié les modalités au cours de la tuberculose dans sa remarquable thèse.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons reprendre pour notre compte les mots de Claude et Rose, qui terminent l'observation I, que nous rapportons : « Il faut admettre, chez notre malade, une disposition organique, constituée par l'hérédodystrophie bacillaire. Sur un terrain semblable, le surmenage intellectuel, les préoccupations morales et les émotions ont pu créer une véritable usure fonctionnelle des centres nerveux. L'intoxication lente provoquée par la diffusion dans l'organisme de poisons sécrétés au niveau de foyers tuberculeux réveillés réalisa ensuite les altérations méningo-encéphalitiques. » Ceci pour la disposition organique. Mais nous pouvons affirmer l'existence par ailleurs, chez certains autres malades, d'une disposition psychique, disposition qui ne s'est réveillée qu'à la faveur d'une intoxication, lente ou brusque. Si brusque, elle a pu donner lieu à un syndrome confusionnel, d'ailleurs souvent passager, souvent curable ; — si lente, elle a pu déterminer des accidents à allures schizophréniques, et le malade verser, d'une manière malheureusement plus durable et de pronostic plus sombre, dans la démence précoce.

III. — *Rôle du virus filtrant du Bacille de Koch ?*

Nous avons pu voir que si un grand nombre des phénomènes mentaux étudiés précédemment trouvaient leur explication dans les lésions visibles du méningo-encé-

phale, d'autres au contraire ne s'accompagnaient d'aucune lésion visible ni de la méninge, ni de la substance noble. Et pourtant il s'agissait bien de troubles psychiques en corrélation avec une tuberculose pulmonaire, soit latente, soit en évolution. Les constatations anatomiques n'ont rien donné. « La nature tuberculeuse n'est décelée (Dechaume et Sedallian) que par un examen minutieux du sommet ou des organes. »

En dehors des raisons que nous avons de mettre ces troubles sur le compte de la bacillose, qui existe au point de vue pulmonaire, ce qui est, on l'avouera, au moins une direction à donner à l'étiologie de ces troubles lorsqu'on ne trouve absolument rien autre, nous avons quelques raisons de penser que, peut-être, le virus filtrant du bacille de Koch joue son rôle dans la production de ces phénomènes.

On sait que le virus filtrant, acquisition toute récente, puisque Vaudremer le premier semble en avoir parlé en 1910, et qui fait actuellement à Lyon l'objet de recherches considérables de la part de MM. Arloing et Dufourt, donnerait surtout, inoculé, des formes ganglionnaires de la tuberculose. Or deux au moins de nos observations (obs. XIII et XVII) concernent des malades ayant fait des troubles confusionnels coïncidant avec une rigoureuse exactitude à des poussées ganglionnaires. Une de ces observations est typique en l'occurrence. Elle concerne la malade Ch... et nous a été aimablement fournie par notre ami le docteur Bourrat. Sans préjuger en rien la valeur de cette hypothèse, car il ne s'agit là de rien de plus que d'une hypothèse, ou, si l'on préfère, d'une idée préconçue, nous pensons que des recherches en ce sens

ne seraient peut-être pas inutiles. Nous n'avons pu penser, dans le court laps de temps qui nous restait pour élaborer ce travail, à les entreprendre. Mais ceci pourrait être tenté, et ne nécessiterait que du liquide céphalorachidien de malade (sans réactions méningées, naturellement), quelques bougies filtrantes afin de filtrer directement le liquide avant de l'injecter, et un certain nombre de cobayes, afin d'expérimenter en série.

Cette hypothèse : à savoir que peut-être on trouverait dans l'action du virus filtrant sur les cellules cérébrales l'explication d'un certain nombre de cas où l'anatomopathologie n'a rien donné, n'est donc pas, quoique idée préconçue, une idée *à priori*. Mais nous la donnons ici qu'en tremblant, et à titre purement spéculatif (1).

IV. — *Rôle des glandes endocrines, des insuffisances viscérales et du système neuro-végétatif.*

a) On sait à présent à la suite des travaux de Roger, combien il est difficile de dissocier le rôle des glandes endocrines et le rôle du système nerveux. On connaît par exemple le rôle des relations des glandes surrénales et du système nerveux, leur influence sur le sympathique, et inversement l'action de celui-ci sur le fonctionnement de ces glandes.

Nous empruntons à l'article de Lereboullet (2) tout ce qui suit :

(1) Consulter : « Fixation des poisons sur le système nerveux », Thèse de Guy Laroche, Paris, 1910-11.

MORSELLI (*loc. cit.*).

(2) LEREBoullet, in « Sympathique et glandes endocrines » *Traité de Médecine interne* de Ribadeau-Dumas, Babonneix, Sergent, 1921.

« Une place à part doit être faite aux troubles mentaux et aux désordres intellectuels. Voici longtemps que l'arriération mentale, l'imbécilité, l'idiotie, ont été reconnues, dans nombre de cas, comme la conséquence de l'hyperthyroïdie myxoedémateuse qu'on a rattaché à celle-ci la torpeur de certains sujets, qu'on a mis en lumière l'instabilité mentale et les psychoses diverses des basedowiens...; etc.... Aussi Laignel-Lavastine, groupant tous ces faits, a pu, il y a quelques années, préciser dans leur ensemble les rapports des troubles psychiques et des glandes endocrines. Ces troubles ne sont toutefois pas suffisamment systématisés pour avoir, au même degré que les troubles du développement, les altérations de la peau ou les perturbations nutritives, la valeur des signes révélateurs d'altération endocrinienne. Tout ce que l'on en peut dire actuellement, c'est que, dans l'ignorance où nous sommes des raisons de développement de certains troubles intellectuels et mentaux, l'enquête sur les fonctions endocriniennes peut fournir des renseignements intéressants. »

Les insuffisances glandulaires ou viscérales nous paraissent jouer dans certains cas un rôle important, quoique indirect, dans la production de troubles psychiques au cours d'une tuberculose pulmonaire. Nous ne pouvons insister longuement, mais nous faisons remarquer que bien des troubles mentaux sont liés à de mauvaises digestions, à une insuffisance hépatique, par exemple. La tuberculose, agissant directement sur ces viscères (on sait que les troubles gastro-intestinaux sont infiniment répandus pendant la tuberculose, et peuvent faire naître de véritables idées hypocondriaques, comme nous avons

pu en observer un cas au sanatorium), agit par leur intermédiaire sur le système nerveux central. De même elle agit directement dans certains cas sur des glandes à sécrétion interne, et, par leur entremise, peut provoquer de véritables psychoses. — M. Dumarest pense que beaucoup de troubles, frustes ou très marqués, du psychisme chez les bacillaires, tiennent souvent à une insuffisance hépatique secondaire et à l'évolution d'une néphrite intersticielle, et se rattacheraient à la tuberculose par l'intermédiaire de l'urémie. Ce serait surtout chez les vieux tuberculeux, particulièrement chez les fibreux chroniques, que l'on verrait se produire ces phénomènes.

En somme on peut souvent se demander quel est le retentissement des accidents endocriniens causés par la tuberculose, sur le psychisme des tuberculeux, et on ne devra en aucun cas négliger d'en tenir compte au point de vue thérapeutique.

b) En ce qui concerne le rôle du système neurovégétatif, on ignore encore beaucoup de choses. Guillaume, étudiant les causes qui provoquent l'apparition des états de déséquilibre nerveux organo-végétatif, et celles qui entretiennent la persistance de ces états, insiste (1) sur les *intoxications et les infections chroniques*, et sur les *endocrinopathies*. Certes un grand nombre de faits que nous avons rapportés précédemment tiennent à ces deux causes, en particulier aux premières (et nous venons de dire quelques mots des troubles endocrinologiques indirectement causés des troubles psychiques chez les tuber-

(1) GUILLAUME. — *Vagatonies, sympathicotonies, neurotonies* (Masson, 1925).

culeux). Guillaume donne la plus grande place, dans les intoxications par apport, à l'intoxication intestinale, mais il fait la place des infections, puisque quelques pages plus loin, il montre que « la symptomatologie de la réaction de l'organisme aux infections emprunte une large part de ses signes au système nerveux organo-végétatif ; mais si, dans les infections aiguës, la constatation de cette symptomatologie n'offre qu'un intérêt simplement théorique, dans les infections chroniques il n'en est pas de même, et il faudra savoir dépister, derrière un syndrome de vagotonie ou de neurotonie à prédominance vagotonique, une infection latente (*notamment tuberculeuse...*) »

Ces troubles des fonctions organo-végétatives ne peuvent-ils pas coexister chez un même malade avec des troubles du psychisme » Guillaume affirme que cela se voit très souvent ; et les troubles psychiques frustes, élémentaires, dont il parle en l'occurrence, nous portent à penser qu'on peut y rattacher un nombre imposant de ces désordres élémentaires dont nous avons donné une description dans notre première partie. « Le caractère des vagotoniques, dit Guillaume, est celui d'individus déprimés, hésitants, timorés, apathiques et tristes, avec des idées noires, la peur des maladies graves et la tendance au pessimisme... Le caractère de sympathicotonique est inverse : ce patient est d'un naturel violent, emporté, excessif en tout, dans ses actes, ses sentiments, ses passions, ses opinions. Le neurotonique est un mélange des deux caractères, intriqués.

Garrelon et Santenoise, en 1923, ont montré que l'état de vagotonie constituait une prédisposition évidente à une moindre résistance aux intoxications. Chez les ani-

maux naturellement vagotoniques, comme chez ceux où la vagotonie était provoquée, la résistance aux poisons est infiniment plus faible que chez les sympathicotoniques.

Orr écrit en 1920 : « Il nous a été donné de reconnaître qu'une maladie mentale n'est simplement qu'un processus physiologique troublé, dans lequel un traitement approprié peut permettre de porter un bon pronostic, et qui, au contraire, si elle est négligée, conduit à une psychose qui relève de l'internement. »

« Sous cette forme, dit Guillaume, le mécanisme de la maladie mentale apparaît plus vaste ; il n'est plus seulement l'atteinte primitive du segment psycho-directeur du système nerveux central, il est avant tout la résultante d'une perturbation de la vie végétative. *Ceci nous explique pourquoi les états infectieux ou toxiques, etc... et tout particulièrement aussi les troubles de fonctionnement des glandes endocrines, sont à même de provoquer l'apparition de troubles psychiques... Dans l'ensemble, on peut dire que, dans un très grand nombre de cas, la psychose est inséparable du système organo-végétatif, car le traumatisme psychique est inséparable des réactions neuro-glandulaires organo-végétatives.* »

On ne saurait, naturellement expliquer ainsi la genèse de tous les états mentaux ; cependant on peut en expliquer ainsi un grand nombre, selon Guillaume, et en particulier ceux dont la nature héréditaire est une explication assez embrouillée. Les troubles mentaux chez les ascendants, lorsqu'on les constate « on ne fait qu'affirmer une hérédité dont le moyen est, nous l'avons vu, la transmission des dispositions neurovégétatives. Dans

nombre de cas, le déclanchement de la psychose succède à l'instauration d'un processus infectieux ou toxique, et sa guérison accompagne la guérison de la toxi-infection. »

Ne serait-ce pas sur ces troubles d'origine neurovégétative que l'on agit électivement, en se servant, comme l'a fait Santenaise, comme l'a fait notre maître, M. le professeur Lépine, de certaines substances pharmacodynamiques ?

Nous ne saurions rien affirmer quant à la place que prendront ultérieurement les théories de Guillaume ; ni non plus quant à l'importance qu'il nous faut leur donner dans la genèse des troubles psychiques liés à la tuberculose. Quoiqu'il en soit nous ne pouvions laisser passer ces explications, qui, si elles nécessitent encore un grand nombre d'observations et de recherches, n'en sont pas moins fort impressionnantes. Elles permettraient en tous cas de compléter les théories et les constatations pathogéniques que nous avons exposées plus haut, sans rien enlever de son importance étiologique à la tuberculose. L'avenir dira, dans un temps qui n'est peut-être pas très éloigné de nous, ce qu'il faut en penser.

Conclusions

I° — Dans la majorité des cas, la psychologie du tuberculeux pulmonaire, au cours de l'évolution de la maladie, ne subit pas ou subit peu de changements. Ceux-ci, lorsqu'ils existent, atteignent l'intellectualité et l'affectivité. Ce sont des troubles frustes, essentiellement multiples et polymorphes, dépendant de la disposition affective active dont ils sont les exagérations, exagérations qui se développent à la faveur du processus tuberculeux et des conditions de vie et de milieu.

II° — Il est des cas, d'ailleurs rares, où l'infection et la toxémie bacillaires peuvent provoquer de véritables troubles mentaux. C'est la « folie tuberculeuse » des anciens auteurs. En réalité, il faut distinguer :

a) Des troubles mentaux survenant au cours d'une tuberculose avérée, et qui doivent être considérés comme des épiphénomènes ;

b) Nombre de psychoses d'étiologie longtemps indéterminée, qui ne peuvent être rattachées qu'à une tuberculose pulmonaire latente, jusque-là méconnue.

Telles sont certaines confusions mentales ou démences précoces ; — mais aussi quelques accès maniaques ou mélancoliques, des délires polymorphes, etc.

III° — Le pronostic de ces troubles mentaux est fonction du pronostic de la cause physique. Toutefois, les démences précoces regressent rarement, alors que les confusions mentales, au moins celles qui sont le signal d'alarme d'une tuberculose initiale, latente, ont le plus souvent pour terminaison la guérison. On peut donc, jusqu'à un certain point, dire que les troubles mentaux colorent le pronostic de la tuberculose.

La thérapeutique sera avant tout dirigée contre cette cause, par tous les moyens habituels : cures de repos, pneumothorax, etc. La nucléinate de soude en injections sous-cutanées a donné, au point de vue psychique, des résultats parfois très favorables. La liaison doit être constante entre le phthisiologue et le psychiatre, à l'Asile comme au dehors.

IV° — Au point de vue pathogénique :

a) Dans un petit nombre de cas, il y a localisation de processus tuberculeux sur un point ou une région de la corticalité (fond de la sylvienne, lobe frontal, etc.) ;

b) Dans d'autres cas (les **plus nombreux**), il y a diffusion de la toxine tuberculeuse sur le méningo-encéphale (méningo-encéphalite diffuse, encéphalite subaiguë, encéphalite atypique, non folliculaire, encéphalite typique) sans signes méningés, en particulier sans réaction du liquide céphalo-rachidien. — Lorsqu'on ne trouve aucune lésion macro ou microscopique, nous émettons, à titre purement hypothétique, l'idée d'une imprégnation très légère, d'une intoxication par le virus filtrant du bacille de Koch ;

c) Dans d'autres cas enfin, il faut incriminer les insuffisances glandulaires (surrénale et thyroïde) ou viscérales (foie surtout et reins). — Des recherches complémentaires sont nécessaires pour affirmer ce qui, dans la production de ces troubles, revient au système **neuro-végétatif**, au système **vagosympathique**, perturbé dans son fonctionnement par le **déficit organique**.

V° — Quelle que soit cette pathogénie, nous croyons pouvoir admettre :

a) Que les psychoses toxi-infectieuses d'étiologie tuberculeuse, et tuberculeuse *seulement*, peuvent exister, en dehors de tout apport exogène et de toute hérédité mentale ;

b) Que très souvent par contre il existe chez ces malades un fonds mental, un terrain préparé, et que la tuberculose n'agit là que comme cause déterminante ;

4477e) Que fréquemment aussi la tuberculose agit comme élément surajouté à une intoxication exogène, en particulier à l'alcool et à la syphilis.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, JEAN LEPINE.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Mai 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ABÉLY. — Les psychopathes tuberculeux au dispensaire (29^e Congrès des Médecins-Aliénistes, 1925).
- ALQUIER et BAUDOUIN. — Méningo-encéphalite aiguë chez un tuberculeux (*Arch. Méd. expériment. et d'anat. patholog.*, 1907).
- ALESSI. — Gangli del simpatico e tubercolosi (*Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n° 137, 1903).
- AMEGHINO. — Autour de l'étologie tuberculeuse des maladies mentales (*Rivista di Criminalogia y Psichiatria*, Buénos-Ayres, avril 1925).
- AMEGHINO et RAIMONDI. — Confusion mentale par choc émotif chez un tuberculeux (*Rivista di Crim. y Psych.*, Buénos-Ayres, 1924).
- ANGLADE. — La cérébroscélrose d'origine tuberculeuse (*Congrès de la Tuberculose*, Paris, oct. 1905, p. 486).
- ANGLADE et CHOCREAU. — La tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales (*Ac. de Médecine*, 17 mars 1903).
- ARMAND-DELILLE. — Réaction des méninges à certains poisons du bacille tuberculeux humain (*Arch. Méd. Expériment.*, mai 1902, p. 277-296).
- Rôle des poisons du bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux (*Thèse Paris*, 1903).
- AUCLAIR. — Recherches sur les poisons microbiens (*Arch. de Méd. Expér.*, nov. 1903).
- Etude expérimentale sur les poisons du bacille tuberculeux humain (*Th. Paris*, 1897).
- BABCOCK. — *American Journal of Insanity* (oct. 1894).
- BALL. — *La folie érotique*, 1888.
- *Leçons sur les maladies mentales*. 26^e leçon : de la folie chez les phthisiques (Paris, Asselin, 1880).
- BALLET (Gilbert). — *Traité de Pathologie mentale*, 1903.
- *Psychoses et affections nerveuses* (Doin 1897).

- BARBARY. — *La lutte antituberculeuse dans la famille, à l'atelier, à l'école*, 1904.
- BARIL. — *Thèse d Bordeaux*, 1907.
- BASSE. — Contribution à l'étude des méningo-encéphalites liées à la tuberculose. — Encéphalite subaiguë curable des tuberculeux (*Th. Lyon*, 1908).
- BAUDELAC DE PARIENTE. — Tares des rejetons tuberculeux (*Thèse Paris*, 1902).
- BAUDOUIN. — *La vie des tuberculeux au sanatorium*, 1906.
- BELOUS (F.). — Etude sur les phénomènes morbides liés à l'action exercée par les maladies infectieuses sur les centres nerveux (*Th. Lyon*, 1888).
- BENNER. — *The Alienist and Neurologist.*, 1886.
- BÉRAUD. — Essai sur la psychologie du tuberculeux (*Th. Lyon*, 1902).
- BÉRIEL. — Sur l'Encéphalite tuberculeuse (*Lyon Médical*, 1913).
- BERNHEIM (S.). — *La tuberculose pulmonaire*, 1898.
— *Traité clinique et thérapeutique de phtisie pulmonaire*, 1893.
— *Tuberculose et prostitution.*
— Les troubles psychiques chez les tuberculeux (*Indépendance Médicale*, 1899).
- BIAUTE. — Etat mental dans la phtisie pulmonaire (*Th. Paris*, 1879).
- BIENVENU. — Des états mélancoliques au cours des granulies tuberculeuses (*Annales médicopsychol.*, Paris, 1903).
- BLANCHE. — L'alimentation des tuberculeux *Th. Paris*, 1905).
- BLEULER. — Rapport sur la schizophrénie (*Congrès français des Aliénistes et Neurologistes de langue française*, Genève, 1926).
- BOMBICI. — In Gougerot (*L'Encéphale*, 1909, n° 3).
— Encéphalite hémorragique tuberculeuse (*Rivista sper di freniatria*, 1902).
- BONARDI. — La tuberculoso nel manicomio di Lucca nel quindécennio (*Clinica Medica Italiana*, 1898).
- BONNIER (P.). — La tuberculose maladie nerveuse (*Société de Biologie*, t. LXXI, 14 juillet 1911).
- BORAS. — Traitement de l'éréthisme nerveux dans la tuberculose (*Les Sciences médicales*, 9 mars 1926).
- BOSCHI. — A proposito di recenti studi sulla psiche dei tubercolosi (*Revue critique de clinique médicale*, 48, 1900).
- BOTEL. — *Congrès de Weimar*, 1891.
- BOUCHARD. — *Pathologie générale*, 1892, vol. 1.
- BOUR. — Rapports de la tuberculose et de la paralysie générale (*Th. Paris*, 1904).
- BRA (M.). — *Manuel des maladies mentales*, 1883.
- BROUARDEL. — *La lutte contre la tuberculose.*
- BROUSSEAU (A.). — De l'étiologie tuberculeuse dans certains syndromes psychiatriques (*VIII^e Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, Québec, 1924).

- BRUNON. — *La tuberculose pulmonaire. — Causes, prophylaxie, traitement* (G. Doin, 1924).
- CABANÈS. — *La Chronique Médicale (passim)*, à partir de 1907.
— *Poitrinaires et grandes amoureuses*, 1921.
— *Académie de Médecine*, 7 avril 1924.
- CAMPANA. — *Hérédité tuberculeuse et névropathies* (*Th. Lyon*, 1903).
- CARRIÈRE. — *Les troubles nerveux périphériques de la tuberculose pulmonaire* (*Gazette des Hôpitaux*, 29 sept. 1901).
- CHAÏX. — *Tuberculoses pulmonaires latentes* (*Th. Paris*, 1904).
- CICCALDI. — *Thèse Lyon*, 1926 : *Métabolisme basal et hyperthyroïdie chez les tuberculeux*.
- CHANTEMESSE. — *La méningite tuberculeuse de l'adulte. — Les formes anormales en particulier* (*Th. Paris*, 1884).
- CHARDON-FLEURET. — *Influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales* (*Th. Lille*, 1889).
- CHARPY (A.). — *Les délires aigus* (*Th. Paris*, 1873).
- CHARPENEL. — *Etude clinique de quelques méningo-encéphalites liées à la tuberculose* (*Th. Lyon*, 1808-09).
- CHARRIN et LÉRI. — *Lésions nerveuses chez les rejetons issus de mères tuberculeuses* (*Compte-rendu Acad. des Sciences*, 1903).
- CHARTIER (J.). — *De la phtisie, et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses* (*Th. Paris*, 1899).
- CHARTIER (M.). — *L'encéphalite aiguë non supprimée* (*Th. Paris*, 1907).
- CHASLIN. — *Confusion mentale primitive. 1895* (Asselin).
Annales médicopsychologiques, 1892.
- CHELMONSKI. — *Le système nerveux chez les tuberculeux. — Son influence sur l'évolution de la tuberculose* (*Revue de Médecine*, 1902).
- CHÉRON. — *De la folie consécutive aux maladies aiguës* (*Th. Paris*, 1866).
- CHEVALIER-LAURE. — *Pathogénie de la folie*, 1889.
— *Délires d'auto-intoxication* (*Congrès de la Rochelle*, 1894).
- CHEVROLET. — *Essai sur la psychologie du tuberculeux pulmonaire* (*Th. Paris*, 1918).
- CIARLA (Ernesto). — *Psychoses protobacillaires par infection* (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, mars 1925).
— *Psychose bacillaire par toxi-infection* (*Id.*, sept.-oct. 1924).
- CLAUDE. — *Démence précoce et schizophrénie* (*Rapport au Congrès de Genève*, 1926).
- CLAUDE et ZAKY. — *Rôle des lécithines* (*Presse Médicale*, 1902).
- CLAUDE et ROSE. — *Psychose toxi-infectieuse à forme catatonique du type de la démence précoce* (*Société de Psychiatrie*, 19 nov. 1908).
- CLAUS et VAN DER STRICHT. — *Pathogénie et traitement de l'épilepsie*, 1896.

- CLOUSTON. — La tuberculisation et l'aliénation mentale (*Annales médicopsychologiques*, t. II, 1864).
- Tuberculosis and Insanity (*Journal of mental Science*, avril 1863).
- *Clinical lectures on mental diseases*, 1896.
- COLELLA. — Sur les relations entre la tuberculose, les neuropsychopathies et la criminalité (*Institut clinique des maladies nerveuses et mentales*, Université de Palerme, 1925).
- COMPENDIUM de Monneret.
- CORDIER, LÉVY, NOVÉ-JOSSERAND. — L'hémorragie méningée des jeunes sujets (*Annales de Médecine*, 1914).
- CORDIER (V.). — Le métabolisme basal des tuberculeux incipients C. R. *Société de Biologie*, 1923, T. 88, p. 782).
- Variations de l'équilibre vaguesympathique au cours des poussées évolutives et de la fièvre de la tuberculose (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 1923).
- COTTIN (Mlle). — Méningite tuberculeuse guérie (*Revue de Médecine*, 1913, p. 836).
- COURMONT (Paul). — Les réactions allergiques dans l'infection tuberculeuse (*Congrès National de la Tuberculose*, Lyon, 1927).
- COURMONT (Paul) DECHAUME et BUJADOUX. — Amaurose brusque par encéphalite chez une tuberculeuse pulmonaire (*Lyon Médical*, 21 sept. 1924).
- CROCQ (fils). — La folie diathésique (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1894).
- CULLERRE. — Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés (*Annales médico-psychol.*, mars 1876).
- *Traité des maladies mentales*, 1889.
- DAMAYE. — Confusion mentale subaiguë par intoxication tuberculeuse (*Revue Psychol.*, 1909).
- DAMAYE et DESRUELLES. — Affaiblissement intellectuel post confusionnel chez un tuberculeux (*Echo Médical du Nord*, juin 1908).
- DANA et HUNT. — *Medical News*, 1904, p. 673.
- DAREMBERG. — *Traitement de la tuberculose pulmonaire* (Rueff, 1892, 2 vol.).
- L'esprit des tuberculeux (*Journal des Débats*, 31 août 1899).
- Le cœur des tuberculeux (*Journal des Débats*, 7 sept 1889).
- Les différentes formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire. Pronostic, diagnostic et traitement (Masson, 1905).
- DE ALBERTIS. — Un cas de sclérose tuberculeuse (*Note et Revue de psychiatria*, 1911).
- DECHAUME (J.) et SEDALLIAN. — L'encéphalite tuberculeuse (*Revue de Médecine*, 1924).
- DECORCE. — Statistique des tuberculeux à l'Asile d'aliénés de Cadillac (Tuberculose et aliénation mentale). *Th. Bordeaux*, 1907.
- DECROUX. — Rapports de la maladie de Beard avec les maladies infectieuses (*Th. Paris*, 1895).

- DEJERINNE et GAUCKLER. — Manifestations fonctionnelles des psycho-névroses (Masson, 1911).
- DELMAS et BOLL. — La personnalité humaine (Flammarion, 1921).
- DETWEILLER. — Thérapeutique de la tuberculose.
- DIMITRESCO. — *Revue neurologique*, a, 1909.
- Des rapports réciproques de la tuberculose et des affections mentales, en particulier de la démence précoce (*Th. de Bucarest*, 1908).
- DUBOIS. — Nature du nervosisme et ses causes.
- DUFOUR et DIDE. — Tuberculose, tuberculine et encéphalopathies délirantes (*Société Neurol.*, 1899).
- DUFOUR et RABAU. — Tuberculose pulmonaire et mélancolie (*Société anatomique*, Mars 1899).
- DUROCHER. — *Thèse de Paris*, 1906.
- DUPOUY. — Recherches sur les maladies constitutionnelles et diathésiques dans leurs rapports avec les névroses, et particulièrement avec la folie (*Annales Médicopsychologiques*, T. II, 1866).
- DUPRÉ. — In : *Traité de Pathologie mentale* (de Gilbet Ballet).
- *Congrès de Paris*, 1904.
- Euphorie délirante des tuberculeux (*Congrès de Pau*). In *Revue Neurol.*, 1904, p. 920.
- DUPRÉ et CAMUS. — *Congrès de Neurologie*, 1906.
- ENGEL. — Influence de la tuberculose sur l'esprit et les nerfs (*München Medizinische Wochenschrift*, 1902).
- ESBACH et J. BAUR. — Méningo-encéphalite tuberculeuse subaiguë non folliculaire, à bacilles de Koch (*Encéphale*, 1911, p. 327).
- ESQUIROL. — Des maladies mentales (Baillière, 1838).
- FARREAU DE LA COUR. — Le féminisme et l'infantilisme chez les tuberculeux (*Th. Paris*, 1871).
- FAVERO. — La devazione della personalita psicoetica nella tossemia tobercolare (*Corriere Sanitare*, Milano, 1901).
- FÉRÉ (Cl.). — L'instinct sexuel (Alcan, 1899).
- FEUILLADE. — Des manifestations délirantes qui marquent le déclin des maladies infectieuses (*Th. Lyon*, 1891).
- FIESSINGER (Ch.). — Les maladies du caractère.
- FREUD. — *Revue Neurologique*, 1895.
- Psychanalyse (trad. Jankelevitch), Paris, Payot, 1922.
- FRISCO. — Le infezioni e le intossicazioni nell' organismo animale in rapporto con la patogenesi e con l'ereditarietà delle neuropatie (*Annali della clinica delle malattie mentali e nervose della R. Università di Palermo*, 1900-1901).
- FUSTER. — Contribution à l'étude de l'origine infectieuse de la folie. Folie tuberculeuse (*Montpellier Médical*, 1901).
- FLEURY (M. de). — L'angoisse humaine, 1925 (*Les éditions de France*).
- Fausses tuberculoses de nature psychopathique (*Bulletin Médical*, 1920, n° 3).
- Les grands symptômes neurasthéniques (Paris 1901).

- Les états dépressifs et la neurasthénie (*Presse médicale*, 4 juillet 1923).
- GARRELON, SANTENOISE et TINEL. — Vagosympathique, anaphylaxie et intoxication (*Presse médicale*, 7 avril 1923).
- GARCIE. — Tuberculose et système nerveux (*Th. Toulouse*, 1899).
- GILBERT et POSTERNAK. — Les échanges phosphorés de l'organisme (*Collection Critzmann*).
- GIMBERT. — Contribution à l'étude des psychonévroses chez les tuberculeux (*Th. Paris*, 1907).
- GOYET et PARTHIOT. — Encéphalite tuberculeuse hémorragique (*Lyon Médical*, 1924, p. 145).
- GOUGEROT. — L'encéphalite aiguë bacillaire non folliculaire (*Encéphale*, 1909, n° 3).
- Thèse Paris, 1908.
- GRANCHER. — *Bulletin médical*, 1895.
- GRASSET. — Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuses et tuberculeuses, 1884.
- GRIESINGER. — Traité des maladies mentales (*traduc. Doumic*, 1865).
- Considérations sur le diagnostic des maladies du cerveau (*Arch. der Heilkunde*, 1860, p. 84).
- GUILLAIN et LAROCHE. — Fixation de la tuberculine par la substance nerveuse (*Encéphale*, 5 février 1910, p. 209).
- GUILLAUME. — Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies (*Masson*, 1925).
- GUINARD. — La pratique des Sanatoriums, 1925.
- GUY-LAROCHE. — Fixation des poisons sur le système nerveux (*Th. Paris*, 1911).
- HALM. — Complications nerveuses de la phtisie (*Th. Paris*, 1879).
- HÉRARD et CORNIL. — Traité de la phtisie, 1888.
- HEINZELMANN. — Zur Psyche der Tuberkulösen (*Münchener klin. Woch.*, 1894).
- *Deutsche medizin. Zeitung*, n° 48, 1895.
- HERLITSKA. — Contributions to general etiology and pathology of the insanity (*Journal of Insanity*, 1895-96).
- HÉRISSON-LAPARRE et PRUVOST. — Démence précoce et tuberculose du cerveau (*Société clinique de médecine mentale*, Paris, 1913).
- HYVERT. — Tendances psychopathiques constitutionnelles (*Th. Paris*, 1924).
- HESNARD. — Catatonisme au cours d'une méningite tuberculeuse à évolution suraiguë et à forme délirante (*Encéphale*, 1911).
- JACCOUD. — Pathologie interne.
- JACOBI. — *Hauptformen, etc. Observat.* 4, 24, 25, 26, 28.
- JACQUET. — Les tuberculoses pulmonaires guéries (*Paris* 1906).
- JACQUIN et DUBREUIL. — Simulateurs et faux tuberculeux (*Bulletin Médical*, 1920, p. 23).
- JANET (P.). — L'état mental des hystériques, T. I et II, p. 92.

- JUARROS. — Existe-t-il une paralysie générale tuberculeuse ? (*Arch. Espagnoles de Neurologie*, 1911).
- KAHN et GALLAIS. — Tuberculose et démence précoce (*Société de Psychiatrie de Paris*, avril 1913. *Encéphale*, 1913, p. 482).
- KARA-ENEFF. — De l'influence de la tuberculose pulmonaire sur l'aliénation mentale (*Th. Montpellier*, 1899).
- KÉRAVAL. — La pratique de la médecine mentale (*Vigot*, 1901).
- KIRN. — Communication sur les psychoses au cours des maladies infectieuses fébriles (*Arch. Neurol.*, 1883, p. 428).
- KLIFFEL. — Paralysie générale protubérantielle d'origine tuberculeuse (*III^e Congrès des Méd. Alién. de France et de langue française*, Bruxelles, 1903).
- Encéphalite avec confusion mentale primitive (*Encéph.* 1906)
- KLIFFEL. — Paralysie générale tuberculeuse (*Revue Neurologique*, 1905, p. 377).
- KNOFF. — Les Sanatoria (Masson).
- KRAEPELIN. — Influence des maladies aiguës sur la genèse des maladies mentales (*Arch. f. Psych. u. Nerven*, T. XI, 1880)
- KRAFT-EBING. — Psychopathia sexualis.
- KÜSS. — Ce que doivent savoir les infirmières visiteuses des tuberculeux (*Bulletin médical*, 1917, n° 8 et suiv).
- Traitement de la phthisie pulmonaire (1907).
- Héritéité parasitaire de la tuberculose pulmonaire (*Th. Paris*, 1898).
- KOOPMANN. — Tuberculose pulmonaire et suicide (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 10 sept 1926).
- LA BONNARDIÈRE. — Rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose (*Th. Lyon*, 1898).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Remarques sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires (*Clinique et Laboratoire*, 1922, n° 3).
- Psychologie des tuberculeux (*Revue de Médecine*, mars 1907)
- Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux (*Revue de Médecine*, 10 mars 1907).
- L'encéphale des tuberculeux (*Revue de Médecine*, 1906).
- Les troubles psychiques dans les syndrômes surrénaux (*Archives Gén. de Médecine*, nov. 1908, p. 657).
- Introduction à l'étude des rapports psychoglandulaires (*Revue de psychiatrie*, T. XII, sept. 1908).
- La pratique psychiatrique, Paris, 1919, *Baillière*).
- Contribution à l'étude anatomopathologique du sympathique abdominal dans les infections (*Revue de Médecine*, 1905, n° 6).
- LALESQUE. — La cure libre des tuberculeux, 1904 (Masson).
- LANDRET. — L'excitation génitale chez les tuberculeux (*Th. Lyon*, 1904).
- LANDOUZY. — Lettre à la *Chronique Médicale* (Paris 1902).
- *Presse Médicale* (1902, T. II, n° 83).

- LANDOUZY, BARBIER, DAREMBERG, etc. — Troubles génitaux chez les tuberculeux (*Chronique Médicale*, 1898).
- LAUQUIN (E). — De l'emploi du nucléinate de soude dans la thérapeutique des maladies mentales (*Th. Lyon*, 1910).
- LEGRAND. — Sur la psychologie du tuberculeux. L'optimisme (*Bulletin Médical*, 10 sept. 1902).
- LEGRAS. — Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse (*Th. Paris*, 1906).
- LE MAT. — Troubles psychiques dans la tuberculose pulmonaire chronique (*Th. Paris* 1875).
- LEURET. — Introduction à l'étude de la phtisiologie (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 nov. 1921).
- LEREBoullet. — In Sergent Ribadeau Dumas, traité de Pathologie médicale (*Sympathique et glandes endocrines*) 1924.
- LÉPINE (J.). — Titres et travaux du Professeur (*Lyon, Rey*, 1911).
- Etude sur l'encéphalite subaiguë curable des tuberculeux (*Revue de Médecine*, sept. 1908).
- Tuberculose, encéphalite, psychose (*Congrès de Washington*, 1908).
- Communication au Congrès de Psychiatrie de Budapest, 1909.
- Ophthalmo-réaction de Calmette en psychiatrie (*Société de Biologie*, 1907).
- Essai de traitement des divers états mentaux par la réaction provoquée au moyen du nucléinate de soude (*Lyon Médical*, 10 nov. 1907).
- Le nucléinate de soude et la leucothérapie en thérapeutique mentale (*Presse médicale*, 9 janvier 1910).
- LÉPINE et TATY. — Tuberculose, démence catatonique, méningo-encéphalite (*Encéphale*, 1910, p. 430 et suiv.).
- LÉPINE, LEMBERT et SALIN. — Hydrocéphalie tuberculeuse ancienne, état convulsif, granulie ultime (*Lyon Médic.* 1908)
- LÉPINE et POPOFF. — Communication à la *Société de Biologie*, 26 octobre 1907.
- LÉPINE, DECHAUME et SÉDALLIAN. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, Séance du 20 mars 1923 : Encéphalite hémorragique tuberculeuse.
- LERICHE. — Discussion de la *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 31 oct. 1922.
- LETULLE. — Essai sur la psychologie des tuberculeux (*Archives générales de Médecine*, sept. 1900).
- LÉVY-VALENSI. — Précis de psychiatrie, 1926. (Baillière).
- LINGELSHEIM. — *Deutsch. Medic. Wochens.* (1898, n° 34).
- LOBLIGEOIS. — L'hérédité tuberculeuse (*Revue de Médecine*, 1903)
- LOEVENFELD. — Sexualen und psychopathia, 1899.
- LOUMEAU et RÉGIS. — Délire onirique et tuberculose rénale (*1^{er} Congrès de l'Association française d'Urologie*, 1901).
- LUMIEWSKI. — De la fatigabilité et de l'irritabilité chez les tuberculeux.

- LUYS. — *Traité clinique des maladies mentales* (Paris 1881).
- LYON MÉDICAL 1898. — *Les Commandements du tuberculeux*.
- LOMBROSO. — *La femme criminelle et la prostituée* (Torino, 1900).
- MABILLE et LALLEMAND. — *Les folies diasthésiques*, 1891.
- MINE et BIRAN. — *Journal de ma vie intime*.
- MAITRE (P.). — *Etude critique sur la recherche du traitement de la tuberculose* (*Th. Lyon*, 1900).
- MACDONALD. — *Remarks on a case of mania with phtisis* (*British Medical Journal*, London, 1886).
- MALIBRAN. — *La psychologie du tuberculeux* (*Revue critique de Médecine et de Chirurgie*, 1902).
- MARGOULIS. — *Sur les accidents névropathiques et mentaux de la tuberculose pulmonaire* (*Th. Lyon*, 1898).
- MARIE (A.) et BEAUSSANT. — *Tuberculose et aliénation mentale* (*Revue de Psychiatrie*, 1910).
- MAYET. — *Les stigmates anatomiques et physiologiques de la dégénérescence* (*Lyon-Storck*, p. 14, 1907).
- MAYS. — *Pulmonary phtisis in its relation to insanity and the other neuroses* (*Medical News*, Philadelphie, 1892).
- MEAD (Richard). — *The Medical Works* (Dublin 1767).
- MENDELSON. — *Zur Psyche der Tuberkulosen* (*Zeitschrift für Krankenpflege*, Berlin, 1900).
- MIRA, RODRIGUEZ, ARIAS et SEIX. — *Contribution à l'étude des relations de la tuberculose et de la schizophrénie* (*Congrès des neurologistes et aliénistes de langue française*, Genève 1926).
- MIRCOLI. — *Genèse des anomalies psychiques des tuberculeux* (*Gazetta degli Ospedali*, 1900).
- *Sur la responsabilité des tuberculeux* (*Id.* n° 66, 1900).
- MONCORGÉ. — *Hémoptysies tuberculeuses et rapports sexuels* (*Médecine Moderne*, 1899, p. 289).
- MONTMEYLIAN (E. de). — *Un hivernage dans un sanatorium alpin*.
- MOREAU (de Tours). — *Des rapports de la phtisie pulmonaire avec l'aliénation mentale au point de vue de l'étiologie* (*Abeille Médicale*, 1877).
- *De la folie chez les enfants*, page 276 du *Traité des maladies mentales*.
- MOREL. — *Traité des maladies mentales* (Masson 1860).
- MORER. — *Du délire dans les maladies aiguës* (*Th. Paris*, 1872).
- MORSELLI (A.). — *Thèse de Gênes*, 1903.
- *La tuberculose dans l'étiologie et la pathogénie des maladies nerveuses et mentales* (*Torino*, 1907).
- MOUISSET. — *Lyon Médical* (22 déc. 1901, p. 823, 864).
- *Interrogatoire des tuberculeux* (*Journal de Médecine*, de Lyon, 1921, n° 34).
- NAUMANN. — *Zur Psyche der Tuberkulosen* (*St-Petersburger Med. Wochenschrift*, 1901).

- Zur Psyche der Tuberkulösen (*Deutsche Aertze Zeitung*, Berlin 1903).
- NICOLAEVICI. — Le délire dans les maladies infectieuses (*Th. Paris*, 1905).
- PAPILLON. — La neurasthénie pré-tuberculeuse (*Arch. générales des Sciences Médicales*, Paris 1900).
- PAULHAN. — Psychologie des caractères (Alcan).
- PÉGURIER. — Les facultés affectives chez les phtisiques (*Chronique Médicale de Paris*, 1902).
- PÉHU, DECHAUME et BARRÉ. — Encéphalite tuberculeuse hémorragique (*Société des Hôpit. de Lyon*, 1924).
- PEON DEL VALLE. — Etat mental des malades atteints de tuberculose pulmonaire (*Revista frenopathia espanole*, 1980).
- Idem (*Archives de Psychiatrie de Buenos-Ayres*, 1909).
- PERIGNAT. — Les formes délirantes de la méningite tuberculeuse (*Th. Lyon*, 1904-05).
- PÉRON. — Recherches sur la tuberculose des méninges (*Arch. Générales de Médecine*, 1898).
- PERRAUD. — De quelques phénomènes nerveux au cours de la tuberculose pulmonaire (*Lyon Médical*, 1872).
- PETER. — L'hygiène du tuberculeux, 1887.
- PETERS (W.-H.). — *Journal American Medical Association*, 1908.
- L'ÉTIT. — Les troubles pupillaires dans la tuberculose pulmonaire (*Revue Médicale de Normandie*, 25 déc. 1905).
- PIERI. — Altérations histologiques de l'écorce cérébrale des tuberculeux (*Clinica Medica Italiana*, 1902).
- PIERRET. — *Congrès de Rome*, 1894.
- PIERY. — La tuberculose pulmonaire (1910, Masson).
- PINEL. — Recherches sur l'aliénation mentale (Paris, 1819, Brosson).
- Aliénation mentale (Paris 1809, Brosson).
- PISSAVY. — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, 1921. (Doin).
- PITRES et RÉGIS. — Obsessions et impulsions (1902, Paris, Doin).
- PLICQUE. — Les tuberculeuses célèbres (*Chronique Médicale de Paris*, 1901, n° 8).
- RAYMOND et ALQUIER. — Méningo-encéphalite tuberculeuse en plaques (*Encéphale*, janvier 1909).
- RAYMOND. — Relations sur un travail de MM. Anglade et Chocreaux concernant la tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses (*Ac. de Médéc.*, 17 mars 1903).
- RÉGIS. — Précis de psychiatrie, 6^e édition, Doin, 1923.
- Paralyse générale juvénile (*Encéphale*, février 1909).
- RÉGIS et HESNARD. — Les confusions mentales (*Traité intern. de psychologie pathol.*, 1911).
- RENAUD. — Contribution à l'étude de la tuberculose du cerveau (*Revue Médicale*, 1907, p. 134.)
- RENAUDIE. — Anatomie pathologique de la démence précoce (*Th. Montpellier*).

- RENZI (de). — La tischezza polmonare (Napoli, 1889).
- RIBOT. — Psychologie des sentiments.
— Psychologie de l'attention.
— Les maladies de la volonté.
- RIEUX. — *Chronique Médicale*, 1^{er} juin 1924.
— Les tuberculoses pulmonaires latentes (1926, Masson).
- ROBIN (A.). — Traitement de la tuberculose.
- ROGER. — Un cas de folie phtisique (*Ann. Médico-psychol.*, 1886).
- ROGER (H.). — Influence de l'infection sur le système nerveux (*Revue générale des Sciences*, Paris 1893).
- ROGUES DE FURSAC. — Manuel de psychiatrie (1923, Alcan).
- ROQUE, DECHAUME et P. RAVAUULT. — Méningo-encéphalomyélite tuberculeuse et forme périphérique de l'encéphalite épidémique (*Lyon Médical*, 13 février 1927).
- ROLIN (Léon). — Contribution à l'étude de la tuberculose du cervelet (*Th. Montpellier* 1911).
- RORIE (J.). — *The Journal of Mental Science* (juillet 1889).
- ROSENTHAL (G.). — En face de certains cas de conscience, où est le devoir du médecin ? (*Clinique*, mars 1927).
- ROSSI. — Rapports entre la tuberculose et les névropathies (*Gazzetta degli Ospedali*, p. 1593-1899).
- ROSSOLIMO (G.). — Névroses chez les tuberculeux en rapport avec la dégénérescence asthénique (X^e Congrès des Médecins Russes, Moscou, 1907. R. N. 1908).
- ROUBINOVITCH et PHULPIN. — Contribution à l'étiologie du syndrome de la démence précoce (*Société Médico-Psychologique*, 1905).
— Id. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1905).
- ROULIN. — Quelques réflexions à propos des Sanatoria et du traitement de la tuberculose.
- ROUSSEL. — L'alimentation rationnelle des tuberculeux.
- ROUX (J.). — Psychologie de l'instinct sexuel (*Baillière*, Paris, 1904).
- SANTENOISE et VIDACOVITCH. — Anxiété et déséquilibre neurovégétatif (*Presse médicale*, oct. 1924).
- SAPIGNI. — La psiche de tifico (*Nuovo raccoglitore Med.*, f. 6 1902).
- SAXE. — Troubles psychiques chez les tuberculeux (*New-York Medical Journal*, août 1903).
- SÉCHÉ. — Lamartine de 1816 à 1830 (*Mercure de France*, 1906).
— Lettres d'Elvire (*Revue des Deux-Mondes*, février 1905).
- SÉDALLIAN et DECHAUME. — *Lyon Médical*, 1922-1923.
- SEGLAS et LHERMITTE. — Psychose toxi-infectieuse tuberculeuse (*Encéphale* 1909).
- SÉGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1895.
- SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, etc. — *Traité de Médecine interne*, (1921), article Psychiatrie ; article Tuberculose.
- SILVAGNI. — Intorno al delirio nel corso delle malattie infettive (*Revue critique de clinique médicale*, 1900, p. 38).

- SKULTEKI. — In tubercolosi davanti alla legge (*Gazetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1900, n° 96).
- SOLARO. — Etiologie de l'encéphalite aiguë (*Asti Medica Napoli*, 1902).
- SORNAS. — Méningite tuberculeuse à forme de delirium tremens (*Th. Paris*, 1887).
- SOUTZO et DIMITRESKO. — Démence précoce et tuberculose (*Annales Médico Psychol.* 1910).
- TARDIEU (E.). — La psychologie du malade (*Revue philosophique*, 1898).
- TARDIEU (A.). — Neurasthénie vraie et tuberculose (*Paris Médical*, avril 1924).
- TARDIEU (A.) et LEJARD. — Contribution à l'étude de l'étiologie tuberculeuse en psychiatrie. Un cas de confusion mentale chez une phthisique (*Bulletin Médical*, 2 avril 1927).
- TATY. — Deux cas de folie hystérique d'origine tuberculeuse (*Annales Médico-Psychologiques*, 1895, T. II).
- TEDESCHI. — Recherches expérimentales sur l'inoculation de la tuberculose aux centres nerveux (*Rivista sperimentale di freniatria*, 1893).
- TEISSIER. — Pathogénie des états neurasthéniques (*Congrès de Médecine de Genève*, 1908).
- THOMAS. — La psychothérapie (*La Clinique*, 1906).
- THOMAS. — Essai sur les altérations du cortex dans les méningites aiguës (*Th. de Lyon*, 1902).
- THORE. — De la folie consécutive aux maladies aiguës (1850, Paris).
- TOMLINSON. — Insanity and Phtisis ther transmutation concurrence and coexistences (*Journal nervous and mental disease*, New-York 1895).
- *New-York medical Journal*, 1899.
- TOULOUSE (Ed.). — Les causes de la folie, 1896.
- TRELAT. — Des causes de la folie (*Ann. Médico-Psychol.*, 1856).
- TRUELLE. — Troubles mentaux dans la tuberculose (*Journal des Praticiens*, 24 janvier 1914).
- VACHET (Pierre). — La pensée qui guérit (*Grasset*, 1926).
- VECCHI (de) e BOLOGNESI. — L'ipofisi nel processo tobercolare (*Société Médico-Chirurgicale de Bologne*, juin 1905).
- VERNEUIL. — Etude expérimentale et clinique sur la tuberculose (1887-1892).
- VIGOUROUX et NAUDASCHER. — *Société Clinique de Médecine mentale* (janvier 1909).
- VOISIN (A.). — Leçons cliniques sur les maladies mentales (*Article : Folie tuberculeuse*), Paris, Baillière, 1883.
- VOISIN (F.). — Causes des maladies mentales (Paris, Baillière, 1826).
- WAHL (L.). — Démence précoce, confusion mentale et tuberculose pulmonaire (*Communication au Comité Médical des Bouches-du-Rhône*, 12 février 1926; *Marseille Médical*, 5 avril 1926).

- WEYGANDT. — Ueber die Beziehungen zwischen Unfall, Tuberculose und Geistesstörung (*Aertzliche Sachverständigenzeit*, 1906).
- WEILL (Ed.). — Troubles nerveux chez les tuberculeux (*R. de Méd.*, 1893).
- WEILL, PÉHU. — De la méningite tuberculeuse à forme délirante chez l'enfant (*Lyon Médical*, 1905, n° 45).
- WEILL, GARDÈRE et GAUDON. — Méningite tuberculeuse avec encéphalite hémorragique et thrombose des veines cérébrales (*Lyon Médical*, 1923, p. 121).
- WEILL et GARDÈRE. — Hémorragie méningée et encéphalite tuberculeuse. *Lyon Médical*.
- WESTPHAL. — *Arch. für Pshychiatrie*.
- WITKOWSKI. — *Curiosa* (Librairie Le François, 1920).
- WOODBURG (Frank). — La tuberculose chez les aliénés (*Monthly Cyclopedia and medical Bulletin Philadelphia*, déc. 1908).
- WORKMANN. — *The American Journal of Insanity*, 1862.
- WULFF. — Remarques sur l'existence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat. T.* 49, 1894).
- ZIEHEN. — *Psychiatrie* (2^e édit., Leipzig, Hritzel, 1902).
-

Littérature

- ABOUT (Edmond). — Germaine.
BALZAC (H. de). — Le Médecin de campagne.
BASKIRTSEFF (Marie). — Lettres.
BLAYE DE BURY. — Mozart (*In Revue des Deux-Mondes*, 1852).
BATAILLE (Henry). — La Rafale.
BOCQUET (Léon). — Samain, sa vie, son œuvre, 1904.
BOYLESVE (René). — Le meilleur ami.
CAHUET (Albéric). — Les Amants du Lac (*L'Illustration*, 1927).
CORDAY (Michel). — Les Embrasés. 1902
CLÉMENT (F.). — Les musiciens célèbres.
DAUDET (Alph.). — Souvenirs d'un homme de lettres.
DAUDET (Léon). — La lutte.
DOSTOIEWSKY. — Crime et châtement.
— L'idiot.
DUMAS (fils). — La Dame aux camélias.
— Le fils naturel.
GALZY (Jeanne). — Les Allongés.
GIDE (André). — L'Immoraliste (*M. de F.*).
GONCOURT (les). — Renée Maupérin.
GUÉRIN (M. de). — Lettres.
GRÉVILLE (Henry). — Sonia.
KARAGEORGEVITCH (B.). — *La Revue*, 1904.
KESSEL (Joseph). — Les Captifs, *N. R. F.*, 1926.
LADORÉ (P.). — La vie et l'œuvre de Millevoye (*Th. Doctorat ès-lettres*, Paris, 1913).
LAFORGUE (Jules). — Moralités légendaires (*M. de F.*).
LAMARTINE. — Raphaël.
La Maladie de la belle Simonetta (*Œsculape*, février 1926). (*Ill. Médic. Italiana*, juillet 1924).
LEMAITRE. — Mariage blanc.
LESPINASSE (Mlle de). — Lettres inédites (*Ch. Henry*).
LOTI (P.). — Le Mariage de Loti.

- MAUCLAIR (C.). — Essai sur Jules Laforgue.
— De Watteau à Wistler.
MAUPASSANT (Guy de). — Bel Ami.
MARGUERITTE (Paul). — Amants.
MILLEVOYE. — Elégies.
MIRBEAU (Octave). — Le Journal d'une femme de chambre.
MULLER (E.). — Schiller. Intimes aus seinem Leben. — Berlin, 1905.
MOLIÈRE. — Théâtre.
NOVALIS. — Cantiques. Hymnes à la nuit.
— Essai sur l'idéalisme (Paris, Hachette, 1906).
PRÉVOST (M.). — Léa.
— Les Demi-Vierges.
ROBERT (L. de). — Le Roman du Malade.
ROSTAND (E.). — L'Aiglon.
RECHETNIKOV. — Ceux de Podlipnaïa (Le Contemporain).
SAMAIN (Albert). — Le Chariot d'or.
— Contes.
SAND (G.). — Histoire de ma vie.
SOULIÉ. — Recherches sur Molière et sa famille.
STERNE. — Voyage sentimental.
TACHERAN. — Histoire de la vie et des ouvrages de Molière
TCHERKOV. — Œuvres.
-

TABLE des MATIÈRES

Introduction	13
<i>Première partie.</i> — Les troubles psychiques élémentaires : La psychologie des tuberculeux..	19
Essai de classification	45
<i>Deuxième partie.</i> — Les troubles mentaux liés à la tuberculose.....	49
Chapitre premier. — Considérations générales. Y a-t-il des troubles mentaux d'étiologie tuberculeuse ?.....	51
Chapitre II. — Observations cliniques	69
Chapitre III. — Fréquence. Caractères.....	143
Chapitre IV. — Quelques considérations sur le pronostic et le traitement	149
<i>Troisième partie.</i> — Essai d'interprétation pathogénique.....	163
I. Localisation du processus tuberculeux	166
II. Action diffuse des poisons bacillaires sur la carticalité.....	170
III. Rôle du virus filtrant du Bacille de Koch?..	183
IV. Rôle des glandes endocrines, des insuffisances viscérales, et du système neuro-végétatif	183
Conclusions	191
Bibliographie.....	195
Littérature	209

